

TARTU ÜLIKOOL

Spordipedagoogika ja treeninguõpetuse instituut

Maigi Kõrbe

**Patsientide psühholoogiliste põhivajaduste, motivatsiooni ning rahulolu seosed
füsioterapeudi käitumise tajumisega**

**Patients' basic psychological needs, motivation and treatment satisfaction association
with physiotherapist's perceived behavior**

Magistritöö

Füsioteraapia õppekava

Juhendajad:

MSc, K. Pill

PhD, A. Koka

Tartu 2015

SISUKORD

LÜHIÜLEVAADE	4
1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	6
1.1. Enesemääratlemise teooria	6
1.2. Psühholoogilised vajadused enesemääratlemise teoorias.....	6
1.3. Motivatsioon	7
1.3.1. Motivatsiooni liigid	7
1.4. Füsioterapeudi tajutud käitumine	9
1.5. Patsientide ravijärgimus	10
1.6. Patsientide rahulolu teraapiaprotsessiga.....	10
2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED	12
3. METOODIKA.....	13
3.1. Valim.....	13
3.2. Uuringu korraldus	14
3.3. Andmekogumise meetodid.....	14
3.4.Tulemuste statistiline töötlus.....	16
3.5. Autori osa uuringus	16
4. TULEMUSED.....	17
4.1. Alaskaalade sisemine reliaablus	17
4.2. Patsientide psühholoogilised põhivajadused, motivatsioon ning rahulolu	19
4.2.1. Erinevused motivatsioonis ravikeskkonnas ning teraapiaks kodukeskkonnas	20
4.3. Motivatsiooni ravikeskkonnas seos motivatsiooniga teraapiaks kodukeskkonnas	21
4.4. Füsioterapeudi tajutud käitumine, patsientide põhivajadused ning motivatsioon	21
4.5. Füsioterapeudi tajutud käitumine ja patsientide rahulolu.....	23

5. ARUTELU	24
5.1. Patsientide psühholoogilised põhivajadused teraapias	24
5.2. Patsientide psühholoogiliste põhivajaduste seos motivatsiooniga	25
5.3. Patsientide motivatsioon teraapiaks ning jätkamaks teraapiaga kodukeskkonnas	26
5.4. Füsioterapeudi tajutud käitumise seosed patsientide psühholoogiliste vajaduste ja motivatsiooniga	27
5.5. Patsientide rahulolu teraapiaprotsessiga.....	28
5.6. Uuringu kitsaskohad, tugevused ja edasised uurimisvõimalused.....	29
6. JÄRELDUSED	31
KASUTATUD KIRJANDUS	32
LISAD	36
Lisa 1. Uuritava teadliku nõusoleku vorm	36
Lisa 2. Esimese etapi ankeetküsitlus patsiendile.....	38
Lisa 3. Teise etapi ankeetküsitlus patsiendile	42
Lisa 4. Tunnuste omavahelised korrelatiivsed seosed.....	50
AUTORI LIHTLITSENTS TÖÖ AVALDAMISEKS.....	51

LÜHIÜLEVAADE

Eesmärk: Eesmärgiks oli uurida patsientide psühholoogilisi põhivajadusi teraapias, motiveeritust tegeleda teraapiaga nii raviasutuses kui hiljem kodukeskkonnas, patsientide rahulolu ning seoseid füsioterapeudi tajutud käitumisega.

Metoodika: Uurimismeetodiks oli ankeetküsitlus, milles hinnati väiteid 5- või 7-pallilisel *Likert* tüüpi skaalal. Uuringu valimi moodustasid 48 statsionaarsel teenusel olevat patsienti.

Tulemused: Patsientide psühholoogilised põhivajadused teraapias olid rahuldatud ning kompetentsustunde suurenemisel suurenes patsientide motivatsioon. Patsiendid olid kõrgelt motiveeritud, samas võrrelduna ravikeskkonnaga suurenes motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas, mida iseloomustab süütunde vältimine või teiste heakskiidu pälvimine. Füsioterapeudi toetav käitumine omas positiivseid seoseid psühholoogiliste põhivajadustega, patsientide motivatsiooniga ja rahuloluga. Füsioterapeudi kontrolliva käitumise suurenemisel suurenes kontrollitud motivatsioon ravi- ja kodukeskkonnas ja vähenes autonoomne motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas ning rahulolu füsioteraapiaprotsessiga. Patsiendid hindasid üldist rahulolu 4,17 pallile (skaalal 1-5, kus rahulolu kõrgeim väärtus on hindele 5).

Kokkuvõte: Tulemused näitavad füsioterapeudi toetava käitumise olulisust patsientide psühholoogilistele põhivajadustele, motivatsioonile ja rahulolule.

Märksõnad: füsioteraapia, tajutud käitumine, patsiendi psühholoogilised põhivajadused, patsiendi motivatsioon, patsiendi rahulolu

ABSTRACT

Aim: The aim of the present study was to investigate patients' basic psychological needs satisfaction, home-based and clinical-based treatment motivation and treatment satisfaction relationship with physiotherapist's perceived behavior.

Methods: 48 inpatients filled in a questionnaires and responded to the items on a 5- and 7-point Likert scale.

Results: In physiotherapy patients' basic psychological needs were satisfied, increased competence improved patients' motivation. Patients' controlled motivation (to avoid guilt or get approval) to continue treatment in home environment was higher than clinical-based controlled treatment motivation. Perceived need-supportive context was related to patients' autonomy and competence satisfaction, motivation and treatment satisfaction. Physiotherapists' controlling behavior increases patients' controlled motivation and decreases home-based autonomous motivation. Mean satisfaction score was 4,17, on a scale of 1 to 5, where 1 indicates high dissatisfaction and 5 indicates high satisfaction.

Conclusion: Findings indicate the importance of physiotherapist's need-supportive behavior to the patients' basic psychological needs, motivation and treatment satisfaction.

Keywords: physiotherapy, perceived behavior, patient's basic psychological needs, patient's motivation, patient's satisfaction

1. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

1.1. Enesemääratlemise teooria

Enesemääratlemise teooria on makroteooria inimese motivatsioonist, mis on suunatud sellistele põhiprobleemidele nagu isiksuse areng, eneseregulatsioon, psühholoogilised baasvajadused, elu eesmärgid ja püüdlused, energia ja elujõud ning kultuuri ja sotsiaalse keskkonna mõju motivatsioonile (Deci & Ryan, 2008). Teooria eristab motivatsiooni liike, millest lähtuvalt tegevused tuginevad erinevatele põhjustele ja eesmärkidele (Ryan & Deci, 2000b). Enesemääratlemise teooria põhineb eeldusel, et inimestel on psühholoogilised baasvajadused (Schneider & Kwan, 2013).

1.2. Psühholoogilised vajadused enesemääratlemise teoorias

Autonoomsuse, kompetentsuse ja seotuse vajadus on ühendatud ühtse nimetuse alla kui psühholoogilised baasvajadused (Standage et al., 2005). Nende kolme vajaduse rahuldatus on vajalik tervisliku arengu ja heaolu tagamiseks. Neid vajadusi saab rahuldada osaledes väga erinevates tegevustes, mis võivad erineda inimeste ja kultuuride vahel (Deci & Ryan, 2000a).

Autonoomsus tähendab omada valikut käituda viisil, mis on vastavuses antud inimese väärtustega. Tähtis on toetada patsiendi autonoomsust tunnistades patsiendi perspektiive, võimaldades valikuvõimaluse, soodustades patsiendi algatusvõimet ning tagades adekvaatset informatsiooni (Williams et al., 2006) suurendamaks patsiendi autonoomset motivatsiooni (Standage et al., 2005; Williams et al., 2006). Kehalise aktiivsuse kontekstis on patsient autonoomselt motiveeritud, kui ta alustab kehalise aktiivsusega naudingu pärast, kuna ta leiab, et kehaline aktiivsus on vajalik ning aitab saavutada hinnatud eesmärke (Fortier et al., 2007). Standage ja kaasautorid (2005) toovad välja, et keskendudes autonoomsuse vajaduse rahuldamisele võidakse unustada tegurid, mis rahuldavad kahte teist psühholoogilist baasvajadust.

Teine keskne mõiste enesemääratlemise teoorias on kompetentsus ehk kui inimene tunneb end suutelisena saavutama seatud eesmärgi. Kõige õnnestunumalt võtavad omaks tervisekäitumise muutusi ning alustavad kehalise aktiivsusega need, kes on autonoomselt motiveeritud ja tajuvad endid kompetentsetena (Fortier et al., 2007). Kompetentsustunde toetamiseks tuleb pakkuda optimaalseid väljakutseid, tagasiside peab olema asjakohane (Ryan & Deci, 2000b).

Enesemääratlemise teooria kohaselt on vajadus seotuse järele, mis tähendab ühtekuuluvustunnet või seotuse tunnet teise indiviidi või grupiga (Ryan & Deci, 2000b). Keskkond, mis toetab eelnimetatud psühholoogiliste baasvajaduste rahuldatust, omab ulatuslikku mõju motivatsioonile teostada harjutusi (Schneider & Kwan, 2013).

1.3. Motivatsioon

Olla motiveeritud tähendab olla liikuvuses millegi suunas. Inimest, kes ei tunne impulssi või inspiratsiooni tegutsemiseks, võib iseloomustada kui mittemotiveeritud. Samas seda, kes pingutab ja on aktiivne jõudmaks eesmärgi lõpu suunas peetakse motiveerituks (Ryan & Deci, 2000b).

Brophy ja kaasautorid (2013) uurisid anküloseeriva spondüliidiga patsiente ning töid välja, et funktsiooni parandamiseks omavad mõju nii patsiendi motivatsioon kui kehaline aktiivsus. Seega on oluline muuta patsiendi motivatsiooni harjutamisse, mis omab suuremat mõju, kui lihtsalt parandada patsiendi harjutuste taset isoleeritult (Brophy et al., 2013). Rodgers ja teised (2010) on varasemalt toonud välja, et erinevused treeningus, sealhulgas näiteks juhendajaga treening või rühmatreening, võivad omada erinevat mõju motivatsioonile.

Motivatsioon ei erine ainult oma taseme poolest (näiteks kui palju ollakse motiveeritud) vaid erineb ka orientatsiooni osas (näiteks mis liiki motivatsioon on). Motivatsiooni orientatsioon hindab tegevuse algatamist põhjustanud hoiakuid ja eesmärke, näiteks tegevuse tegemine huvist või hoopis tegemine heakskiidu saamise eesmärgil (Ryan & Deci, 2000b).

Kontrollitud motivatsiooni korral teostatakse tegevusi välise või sisemise surve tõttu. Kontrollitud motivatsiooni vormid on väline regulatsioon ja introjektiivne regulatsioon (Chan et al., 2009). Kui inimene on motiveeritud kontrollitud regulatsioonide poolt, siis tihti on negatiivsed tagajärjed tervisekäitumise muudatuste osas (Rouse et al., 2011). Autonoomse motivatsiooni vormid on identifitseeritud ja integreeritud regulatsioon (Chan et al., 2009) ning sisemine motivatsioon (Deci & Ryan, 2000a). Need on olulised tervisekäitumise muudatusteks omades positiivseid kasulikke tulemusi nagu näiteks püsivus (Rouse et al., 2011).

1.3.1. Motivatsiooni liigid

Kontrollitud ja autonoomse motivatsiooni kontrastiks on amotivatsioon, mille korral puudub initsiatiiv tegutseda (Deci & Ryan, 2008).

Välimine motivatsioon on orienteeritud saavutamaks tulemust. Enesemääratlemise teooria kohaselt välimine motivatsioon võib suurel määral erineda autonoomsuse poolest (Ryan & Deci, 2000b).

Väline regulatsioon (*external regulation*) on välise motivatsiooni kõige vähem autonoomne vorm (Ryan & Deci, 2000b) ning esineb, kui käitumise eesmärgiks on rahuldada välist survet nagu näiteks vältimaks karistust või saavutamaks tasu (Deci & Ryan, 2000a). Näiteks: „Ma tegelen regulaarselt kehalise aktiivsusega, sest teised inimesed oleksid pahased, kui ma ei tegeleks“ (Levesque et al., 2007).

Introjektiivne regulatsioon (*introjected regulation*) on samuti kontrollitud motivatsiooni vorm, kuid on autonoomsem kui väline regulatsioon ning surve käitumiseks tuleneb inimesest endast (Chan et al., 2009). Inimesed teostavad antud tegevusi survestatult vältimaks süütunnet, muret või säilitamaks eneseuhkust (Ryan & Deci, 2000b). Näiteks: „Ma tunnen süütunnet, kui ma ei harjuta“ (Levesque et al., 2007).

Identifitseeritud regulatsioon (*identificationed regulation*) on enam autonoomne välimise motivatsiooni vorm kui introjektiivne regulatsioon (Ryan & Deci, 2000b). See on protsess, kus inimene märkab ja võtab omaks antud käitumisega kaasnevad väärtused. Kui inimene identifitseerib regulaarse treeningu vajalikkust enda tervisele ja heaolule, siis ta tahab treenida vabatahtlikult. Antud käitumine on endiselt motiveeritud välise motivatsiooni poolt, kuna käitumise eesmärk on olla tervislikum, mitte ei tehta treeningut rõõmust ja naudingust (Deci & Ryan, 2000a). Näiteks: „Ma väärtustan kasu, mida toob kehaline aktiivsus“ (Rouse et al., 2011).

Integreeritud regulatsioon (*integrated regulation*) on välise motivatsiooni kõige autonoomsem vorm. Integreeritud regulatsioon jagab mitmeid sarnaseid väärtuseid sisemise motivatsiooniga nagu näiteks autonoomsus. Antud vorm kuulub endiselt välise motivatsiooni alla, kuna käitutakse saavutamaks kaasuvat väärtust ehk hinnatakse käitumisest eraldatud tulemust, kuid käitumine on vabatahtlik ja enese poolt väärtustatud (Ryan & Deci, 2000b). Näiteks: „Teraapia on mulle tähendusrikas“ (Chan et al., 2009).

Sisemiselt motiveeritud inimene teeb tegevust kaasneva lõbu või väljakutse tõttu, mitte ei tee välistel mõjutustel surve või tasu nimel (Ryan & Deci, 2000b). Sisemine motivatsioon peegeldab, kui palju osalejad osalevad treeningus, kuna see tegevus on lõbus. Kuivõrd indiviid naudib harjutusaega ning leiab, et treening on meeldiv ja ta saab rahuldust antud tegevusest (Schneider & Kwan, 2013). Varasemalt on leitud, et sisemine motivatsioon ehk vabatahtlik valik teostada harjutusi, kuna see on nauditav ja lõbus, omab suuremat mõju harjutuste teostuse tasemele ning parandab patsiendi funktsiooni (Brophy et al., 2013).

1.4. Füsioterapeudi tajutud käitumine

Kui inimesed alustavad kehalise aktiivsusega, siis nad on mõjutatud paljude teiste oluliste inimeste poolt, kellest igaüks toetab esialgset motivatsiooni käitumuslike muudatuste suunas (Rouse et al., 2011). Autonoomsust toetav käitumine võib mõjutada patsiendi sisemist motivatsiooni, mis on kõige kasulikum optimaalse ja jätkuva käitumustegevuse säilitamiseks (Levy et al., 2008). Autonoomsust toetav keskkond, kus on tagatud valikuvõimalused, pakutud tähenduslikke põhjendusi, vähendatud survet ning on võetud arvesse indiviidi tunded ja vaated, muudab tegevused enam motiveerituks autonoomse motivatsiooni poolt. Tagades pikemaajase käitumise muudatuse (Williams et al., 1996). Levinson ja kaasautorite (2005) uuringus leiti, et 2765 vastanutest 96% eelistavad, et neile pakutaks valikuvõimalusi või uuritaks nende arvamust nendega seotud tervishoiu küsimustes.

Deci ja kaasautorid (1999) tõid välja oma metaanalüüsis, et verbaalne tagasiside suurendab sisemist motivatsiooni. Ka teistes uuringutes on toodud välja füsioterapeudi suhtluse tähtsus skeletilihassüsteemi probleemidega patsientidele (Kidd et al., 2011) ja kroonilise alaseljavaludega patsientidele (Cooper et al., 2008). Hea suhtlus hõlmab endas: võtta aega selgitamiseks, sobiv terminoloogia, kuulamine, arusaamine ja patsiendi tundmaõppimine, patsiendi julgustamine osalema suhtlusprotsessis (Cooper et al., 2008). Samas rinnavähiga patsiendid tunnustasid füsioterapeudi poolt tagatud toetuse olulisust, eriti need, kellel ei olnud lähedasi, kellega oma raskusi jagada (Pidlyskyj et al., 2014).

Vastandina kontrolliv keskkond hõlmab endas patsiendi seisukohtade eiramist, patsiendi survestamist ning patsiendi eest otsuste tegemist patsiendiga konsulteerimata (Lonsdale et al., 2012). Kontrolliv, kaootiline, karistav ning eirav keskkond muudab autonoomse motivatsiooni ja vajaduste rahuldamise vähem võimalikuks ning põhjustab sisemisi konflikte, võõrandumist, ängistust, depressiooni ning tegevuse teostamist kontrollivate regulatsioonide poolt (Deci & Ryan, 2000a). Slade ja kaasautorid (2009) uurisid mittespetsiifilise kroonilise alaseljavaluga patsientide kogemusi seoses treeningutega. Osalejad väljendasid viha ja pettumust, kuna tervishoiuteenuse osutaja (sealhulgas füsioterapeut) ei kuulnud neid, ei taganud adekvaatseid selgitusi ja õpetusi ning ei tunnustanud neid endi kehade tundmise osas (Slade et al., 2009). Varasemalt on kontrollitud käitumist enam uuritud õpetajate seas (Haerens et al., 2015), Chan ja kaasautorid (2009) toovad välja vajaduse uurida füsioterapeudi kontrolliva käitumise mõju patsientide motivatsioonile.

1.5. Patsientide ravijärgimus

Ravijärgimus hõlmab endas laialdasi käitumisviise, mille alla kuuluvad näiteks kodus harjutuskava teostamine, ravijuhendite täitmine ja aktiivne osalemine rehabilitatsioonis kliinilises keskkonnas (Levy et al., 2008). Patsientidele pakub suurt väljakutset viia üle treeningkäitumine juhendajaga keskkonnast oma vabaaja konteksti, kus tuleb iseseisvalt harjutusi teostada (Fleig et al., 2011). Seetõttu ei ole üllatav, et ligikaudu 65% patsientidest ei järgi oma koduprogrammi mingil määral, kas siis mitte üldse või järgivad ainult osaliselt. Ravijärgimus on seotud kliinilise keskkonnaga, raviprogrammi sisuga ning patsiendi hoiakutega ravi suhtes (Bassett, 2003). Varasemalt on leitud, et tajutud füsioterapeudi autonoomsuse toetus on positiivses seoses ravijärgimusega kliinilises keskkonnas ning osalemisega rehabilitatsioonis (Levy et al., 2008) ning ravijärgimusega pikemas perspektiivis (Chan et al., 2009). Treeningu ajal kogetud positiivne mõju suurendab patsientide rahulolu ning soodustab nende rehabilitatsioonijärgse treeningu jätkamist (Fleig et al., 2011).

1.6. Patsientide rahulolu teraapiaprotsessiga

Patsiendi rahulolu raviga peegeldab tema ravi üleüldist kogemust antud keskkonnas kindla ajaperioodi vältel (Beattie et al., 2005). Füsioteraapial on mitmed omadused, mis võivad mõjutada patsientide rahulolu. Näiteks vastuvõtt on pikemaajalisem kui rutiinne arsti vastuvõtt, raviprotsess hõlmab endas enam kehalist kontakti ja teraapias on vajalik patsiendi aktiivne osalemine. Teraapia võib põhjustada valu, mistõttu võib olla tajutud kui füüsiliselt ohustav (Monnin & Perneger, 2002).

Skeletilihassüsteemi häiretega patsientide rahulolu hindavas ülevaateartiklis toodi välja üleüldine kõrge rahulolu füsioteraapiaga (Hush et al., 2011), antud tulemus sarnaneb Austraalias läbiviidud uuringuga (Hush et al., 2012). Vastajad tõid sagedasti (20%) välja, et rahulolu oluliseks aspektiks on füsioterapeut. Ravi organisatoorset osa märgiti vähem (3%), sinna alla kuulus näiteks haigla asukoht ja seadmed. Kõrgelt hinnati füsioterapeudi ja haigla personali suhtlusoskust, kõrgema rahulolu määravaks aspektiks oli efektiivne patsiendi-füsioterapeudi suhtlus (Hush et al., 2012). Patsiendid hindasid terapeuti, kes on empaatiline, julgustav, teadlik (Hills & Kitchen, 2007), tagab selgitusi (Hills & Kitchen, 2007; Hush et al., 2011) ning selgitab patsiendi osa teraapiaprotsessis (Hush et al., 2011). Patsiendid olid rahulolematud, kui antud omadused puudusid (Hills & Kitchen, 2007).

Teiseks kõrge rahulolu aspektiks füsioteraapias on välja toodud ravi protsess (Hush et al., 2011), kõrge rahulolu on tingitud ravi pikkusest ja sagedusest ning järelkontrolli võimalusest (Hills & Kitchen, 2007).

Kolmandaks kõrge rahulolu näitajaks on hästi organiseeritud füsioteraapia protsess (Hush et al., 2011). Patsiendid on enam rahul, kui füsioteraapia teenusele on hea ligipääs (asukoht, lahtiolekuajad), administratsiooni personal on abivalmis (Hills & Kitchen, 2007), ooteaeg on lühem (Cooper et al., 2008; Hills & Kitchen, 2007). Probleemsena on välja toodud ka füsioterapeudi kohtumisaegade korraldus, sealhulgas füsioterapeudi poolt kohtumiste ümberkorraldus (Cooper et al., 2008).

Hush ja kaasautorid (2012) uurisid rahulolu Ameerika Ühendriikide ja Austraalia patsientide vahel ning näevad vajalikuks uurida konkreetsete riikide ja kultuuride rahulolu mõjutavaid tegureid.

2. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED

Magistritöö eesmärgiks oli uurida patsientide psühholoogilisi põhivajadusi teraapias, motiveeritust tegeleda teraapiaga nii raviasutuses kui hiljem kodukeskkonnas, patsientide rahulolu ning seoseid füsioterapeudi tajutud käitumisega.

Lähtuvalt magistritöö eesmärgist püstitati järgmised ülesanded:

1. Analüüsida patsientide psühholoogiliste vajaduste seoseid nende motivatsiooniga osaleda teraapias raviasutuses ja kodukeskkonnas.
2. Võrrelda patsientide motivatsiooni osaleda teraapias raviasutuses viibides ning motivatsiooni jätkata teraapiaga kodukeskkonnas.
3. Analüüsida seoseid füsioterapeudi tajutud käitumise ning patsiendi psühholoogiliste põhivajaduste ning motivatsiooni vahel osaleda teraapias raviasutuses ja kodukeskkonnas.
4. Selgitada välja patsientide rahulolu teraapiaprotsessiga ning analüüsida rahulolu seoseid füsioterapeudi tajutud käitumisega.

3. METOODIKA

Antud uuring oli üks osa kehakultuuriteaduskonnas läbiviidavast uuringust: „Füsioterapeudi tajutud käitumise mõju patsiendi teraapias osalemise motivatsioonile raviuasutuses ning kodukeskkonnas“. Uuringus kasutatud andmed on kogutud ajavahemikul 09.2013- 03.2015.

3.1. Valim

Ankeetküsitlus viidi läbi Eesti erinevates raviuasutustes, kus osutati statsionaarset füsioterapia teenust. Valimi kriteeriumiteks oli vanus vähemalt 18 eluaastat ning vähemalt 5 kontakttundi füsioterapeudiga. Patsiendi käeline oskus ei olnud määrav, vajadusel võis mõni teine füsioterapeut, lähedane või hooldaja abistada ankeedi täitmisel. Väljaarvamise kriteeriumiks oli patsiendi vaimne seisund, mis ei võimaldanud vastata adekvaatselt küsimustele.

Uuringus osales 48 patsienti, kelle keskmine vanus oli $60,40 \pm 14,23$ a. Kõige noorem oli 21 aastane ja vanim 88 aastane. Vastanutest olid meessoost 14 (29,2%) ja naissoost 34 (70,8%) patsienti. Uuringus osalenud patsiendid viibisid ravil järgnevates raviuasutustes (vt tabel 1): AS Põlva Haigla (37,5%), SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla (25%), SA Tartu Ülikooli kliinikumi Spordimedit siini ja taastusravi kliiniku statsionaarne osakond (20,8%), SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Kopsukliiniku pulmonoloogia ja torakaalkirurgia osakond (10,4%) ja Keila Taastusravikeskus AS (6,3%).

Tabel 1. Uuringus osalenud patsientide osakaal raviuasutuste lõikes

Raviuasutus	n	%
AS Põlva Haigla	18	37,5
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla	12	25
SA TÜK Spordimedit siini ja taastusravi kliiniku statsionaarne osakond	10	20,8
SA TÜK Kopsukliiniku pulmonoloogia ja torakaalkirurgia osakond	5	10,4
Keila Taastusravikeskus AS	3	6,3

n=patsientide arv, %=protsendiline osakaal kogu valimist, TÜK= Tartu Ülikooli Kliinikum

18 patsiendil (37,5%) oli akuutne probleem, 23 patsiendil (47,9%) oli krooniline probleem ja 7 (14,6%) patsienti jätsid haiguse kestvuse küsimusele vastamata. Patsientide haridustase oli kõrgemast haridusest kuni alghariduseni. Kõige sagedamini omasid vastanud

kesk-eri haridust (15 vastajat). Keskmise osaletud teraapiakordade arv oli 8,95 korda. Esmakordne füsioteraapia kogemus oli 17 patsiendil (35,4%) ning korduv kogemus 28 patsiendil (58,3%), 3 patsienti (6,3%) jätsid antud küsimusele vastamata.

3.2. Uuringu korraldus

Uuringu läbiviimiseks oli väljastatud 22.04.2013 Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee luba number 225/T-12. Uuringu läbiviija võttis ühendust töötavate füsioterapeutidega ning asutustega, kus pakuti statsionaarset füsioteraapia teenust. Asutuste ja füsioterapeutide uuringus osalemise nõusolekul edastati küsimustikud paber kandjal füsioterapeutidele, kes edastasid ankeedid enda 5 patsiendile, kes vastasid kriteeriumitele ning nõustusid osalema uuringus. Uuritava teadliku nõusoleku vorm on välja toodud lisa 1. Uuringus osalemine oli vabatahtlik, füsioterapeudil ja patsiendil oli õigus loobuda uuringust mistahes etapil. Koos ankeetidega jagati patsientidele ka suletavad ümbrikud, tagamaks patsiendi vastuste konfidentsiaalsus. Patsiendid täitsid esimese ankeedi esimese teraapiakorra järgselt ning teise ankeedi viimase teraapiakorra järgselt või vähemalt 5 teraapiakorra möödumisel, pärast mida patsient tagastas ankeedid suletud ümbrikus füsioterapeudile, kes kogus kinnised ümbrikud suuremasse ümbrikusse ja tagastas need uuringu läbiviijale. Saadud andmeid kasutati viisil, mis tagas patsiendi täieliku anonüümsuse. Patsiendi nimed olid ankeetidel kodeeritud vormis. Andmeid säilitati lukustatavas kapis ja koodiga kaitstud arvutis.

3.3. Andmekogumise meetodid

Uurimuse meetodiks oli ankeetküsitlus, mis esitati vastajatele paber kandjal. Uuringus kasutatud ankeedid on välja toodud lisa 2 ja lisa 3. Ankeetküsitlus hindas patsientide motivatsiooni, psühholoogiliste põhivajaduste rahuldatust teraapias, füsioterapeudi tajutud käitumist ja rahulolu teraapiaga. Uuringu läbiviimise jooksul jaotati erinevates Eesti asutustes töötavatele ja uuringus osalema nõustunud füsioterapeutidele 285 patsiendi ankeedid, millest täidetud ankeete laekus 48.

Ankeetküsitluse esimeses osas olid küsimused patsiendi demograafiliste andmete ja raviasutuse kohta, kus hetkel viibiti ning varasem kokkupuude füsioteraapiaga. Patsientide motiveeritust teraapiaks ravikeskkonnas hinnati esimeses osas ja motiveeritust jätkata ravi kodukeskkonnas hinnati teises osas. Hindamisel võeti aluseks ravi eneseregulatsiooni küsimustik (*Treatment Self-Regulation Questionnaire*), mis hindas motivatsiooni erivorme, miks inimesed tegelevad tervisekäitumise muudatustega ning järgivad ravirežiimi (Levesque et al., 2007).

Küsimustik koosnes kolmest alaskaalast:

- 1) Autonoomne motivatsioon
- 2) Kontrollitud motivatsioon
- 3) Amotivatsioon

Küsimustik koosnes 15 väitest, millest autonoomse ja kontrollitud motivatsiooni hindamiseks oli kummagi puhul 6 väidet, amotivatsiooni hindamiseks 3 väidet. Väiteid tuli hinnata 7-pallilisel *Likert* tüüpi skaalal vahemikus „1“, mis oli vastavuses „ei ole üldse nõus“ ja „7“ mis oli vastavuses „täiesti nõus“ (Levesque et al., 2007).

Ankeetküsitluse teises osas, mis täideti teraapia järgselt või vähemalt 5 teraapiatunni möödumisel, hinnati lisaks motivatsioonile jätkata ravi kodukeskkonnas ka patsientide vajaduste toetust teraapias. Sisemise motivatsiooni säilitamiseks on vajalik autonoomsus-, kompetentsus- ja seotustunde toetus (Ryan & Deci, 2000b). Toetuse hindamise aluseks võeti La Guardia ja kaasautorite (2000) poolt kasutatud vajaduste rahulolu skaala (*Need Satisfaction Scale*), mis sisaldas 9 väidet, millest kolm puudutasid kompetentsuse vajadust, 3 autonoomsuse vajadust ja 3 seotuse vajadust. Osalejad hindasid 7-pallilisel *Likert* tüüpi skaalal, kui hästi olid nende põhivajadused rahuldatud. Skaala on vahemikus „1“, mis oli vastavuses „ei ole üldse nõus“ ja „7“, mis oli vastavuses „täiesti nõus“ (La Guardia et al., 2000).

Ankeetküsitluse teises osas hinnati füsioterapeudi tajutud käitumist teraapias. Hinnati patsientide vajadusi toetava ja vajadusi ohustava füsioterapeudi käitumise tajumist. Käesolevas uuringus hindas 14 väidet vajadusi toetava käitumise tajumist ning 12 väidet vajadusi ohustava käitumise tajumist.

Autonoomsuse vajadust toetava füsioterapeudi tajutud käitumise hindamisel võeti aluseks Williams ja kaasautorite (1996) poolt loodud väited hindamaks uuringus osalejate tajutud autonoomsuse toetuse taset ning käesolevas uuringus kasutati kohandatud kujul 6 väidet. Väidetele vastamisel kasutati 7-pallilist *Likert* tüüpi skaalat vahemikus 1 (ei ole üldse nõus) kuni 7 (täiesti nõus) (Standage et al., 2005).

Kompetentsuse ja seotuse vajadust toetava füsioterapeudi tajutud käitumise hindamiseks võeti aluseks Standage ja kaasautorite (2005) uuringus kasutatud väited, kus hinnati eelnimetatud vajadusi toetava kehalise kasvatusõpetaja tajutud käitumist. Käesolevas uuringus kasutati 4 väidet hindamaks kompetentsuse vajadust toetavat käitumist ning 4 väidet hindamaks seotuse vajadust toetavat käitumist. Kasutati 7-pallilist *Likert* tüüpi skaalat vahemikus 1 (ei ole üldse nõus) kuni 7 (täiesti nõus) (Standage et al., 2005).

Autonoomsuse, kompetentsuse ja seotuse vajadust ohustava füsioterapeudi käitumise tajumist hinnati võttes aluseks Halvari ja kaasautorite (2012) poolt kasutatud tajutud kontrolliva käitumise küsimustik. Käesolevas uuringus kasutatud küsimustik sisaldas kohandatud kujul 12 kontrollivat väidet. Osalejad vastasid 7-pallilisel *Likert* tüüpi skaalal vahemikus 1 (ei ole üldse nõus) kuni 7 (täiesti nõus) (Halvari et al., 2012).

Patsientide rahulolu füsioteraapiaga hindamisel võeti aluseks Monnin ja Perneger'i (2002) poolt loodud instrument, mis sisaldas 14 väidet. Antud uuringus tõlgitud väited hindasid füsioteraapiaprotsessi, ravi kättesaadavust ning keskkonda. Vastused olid 5-pallilisel *Likert* tüüpi skaalal vahemikus 1 kui „halb“ kuni 5 kui „suurepärase“ („halb“, „rahuldav“, „hea“, „väga hea“, „suurepärase“) (Monnin & Perneger, 2002).

3.4. Tulemuste statistiline töötlus

Uurimistulemuste analüüsimisel kasutati tabelarvutus- ja tabeltöötlusprogrammi *Microsoft Excel* 2010. Uurimistulemuste statistiliseks töötluseks ja andmeanalüüsiks kasutati andmetöötlusprogrammi *IBM SPSS Statistics* 20. Ankeetküsitluste alaskaalade väidete sisemist reliaablust hinnati Cronbach'i Alfa. Uuritavate kirjeldamiseks kasutati standardhälvet, keskvaartust ja protsenti. Võrdluste teostamisel kasutati paarides t-testi. Tunnuste omavaheliste seoste leidmiseks kasutati korrelatsioonianalüüsi. Statistiliselt olulisuse nivooks oli $p < 0,05$.

3.5. Autori osa uuringus

Töö autori ülesandeks oli Eesti erinevate raviasutuste füsioterapeutidega kontakteerumine uuringus osalemiseks ning uuringu tutvustus. Füsioterapeutidega võeti ühendust e-maili teel ja telefoni teel. Ülesandeks oli ankeetide toimetamine raviasutustesse ning täidetud ankeetide tagastamine raviasutusest. Füsioterapeutidele ankeetide täitmise tutvustamine, ankeetide kodeerimise tutvustamine, valimi kriteeriumite tutvustamine. Töö autori ülesandeks oli kanda andmed tabelarvutus- ja tabeltöötlusprogrammi *Microsoft Excel* 2010 ning teostada andmetöötlus. Autori ülesandeks oli helistada patsientidele 5 nädala möödudes uuringu täitmisest hindamaks ravijärgnevust kodukeskkonnas. Eelmainitud ülesanne oli kehakultuuriteaduskonnas läbiviidava uuringu viimane etapp, kuid ei olnud käesoleva magistritöö osa.

4. TULEMUSED

4.1. Alaskaalade sisemine reliaablus

Käesolevas uuringus on kontrollitud alaskaalade sisemist reliaablust (vt tabel 2). Antud töös ei kasutatud amotivatsiooni alaskaalat, kuna alaskaala sisemine reliaablus oli madal (amotivatsioon teraapiaks raviasutuses Cronbach $\alpha=0,217$; amotivatsioon jätkata teraapiaga kodukeskkonnas Cronbach $\alpha=0,127$). Antud uuringus jäeti välja seotuse vajadus, kuna kõigi kolme väite hajuvus aritmeetilise keskmise suhtes oli väga erinev, seetõttu väidete sisemine reliaablus oli madal (Cronbach $\alpha=0,325$). Väited ei hinnanud seotuse vajadust.

Tabel 2. Käesolevas uuringus kasutatud küsimustike alaskaalade sisemine reliaablus mittesobivate väidete eemaldamise järgselt

Alaskaala nimetus	n	Cronbach alfa
Motivatsiooni alaskaalad		
autonoomne motivatsioon teraapiaks ravikeskkonnas	6	0,879
kontrollitud motivatsioon teraapiaks ravikeskkonnas	6	0,842
amotivatsioon teraapiaks ravikeskkonnas	3	0,217
autonoomne motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas	6	0,882
kontrollitud motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas	6	0,780
amotivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas	3	0,127
Patsiendi psühholoogiliste põhivajaduste alaskaalad		
autonoomsuse vajadus	2	0,586
kompetentsuse vajadus	2	0,816
seotuse vajadus	2	0,325
Füsioterapeudi tajutud käitumise alaskaalad		
autonoomsuse vajadust toetav füsioterapeudi käitumine	5	0,602
kompetentsuse vajadust toetav füsioterapeudi käitumine	3	0,671
seotuse vajadust toetav füsioterapeudi käitumine	3	0,568
autonoomsuse vajadust ohustav füsioterapeudi käitumine	4	0,782
kompetentsuse vajadust ohustav füsioterapeudi käitumine	2	0,697
seotuse vajadust ohustav füsioterapeudi käitumine	3	0,638
Patsiendi rahulolu alaskaalad		
rahulolu kättesaadavusega	3	0,771
rahulolu füsioteraapia protsessiga	7	0,854
rahulolu raviasutuse keskkonnaga	4	0,835

n= väidete arv alaskaalas

Käesolevas töös eemaldati väiteid parandamaks alaskaalade sisemist reliaablust. Autonoomsuse ja kompetentsuse vajaduste alaskaaladest on eemaldatud negatiivse sisuga

väited, väidete eemaldamise järel koefitsient paranes. Eemaldati kompetentsuse vajaduse väide: „Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin ennast sageli ebavõrdsena ja mitteasjatundlikuna“ ning autonoomsuse vajaduse väide: „Kui ma olin koos füsioterapeudiga, siis ma tundsin kontrolli ja survet käituda teatud viisil“.

Parandamaks terapeudi tajutud käitumise alaskaalade sisemist reliaablust on eemaldatud igalt alaskaalalt 1 väide (välja arvatud autonoomsuse vajadust ohustava füsioterapeudi tajutud käitumine) ja 2 väidet seotuse vajadust ohustava füsioterapeudi käitumise tajumise alaskaalalt, väidete eemaldamise järgselt koefitsient paranes. Patsiendi seotuse vajadust toetava käitumise väidete hulgast eemaldatud väide: „Minu füsioterapeut näitas üles huvi, et mul läheks ka väljaspool teraapiatundi hästi“. Kompetentsuse vajadust toetava käitumise väidete seast eemaldatud järgmine väide: „Ma tundsin, et minu füsioterapeut tahab, et ma teeksin (sooritaksin) teraapiatunnis harjutusi hästi“. Antud väide ei sobinud, kuna väite sõnastus oli kontrolliv, nimelt teised kompetentsuse vajadust toetava käitumise väited olid sõnastatud kui „minu füsioterapeut pani mind tundma...“ ja „minu füsioterapeut aitas mul...“. Autonoomsuse vajadust toetava käitumise tajumise väidete seast on eemaldatud: „Minu füsioterapeut üritas mõista minu arvamust teraapia kohta enne, kui tegi ettepaneku muudatusteks“.

Kompetentsuse vajadust ohustava füsioterapeudi käitumise tajumise väidete hulgast eemaldati järgnev väide: „Tundsin, et füsioterapeut alahindas ning ignoreeris mind kui isiksust“. Teised kompetentsuse vajadust ohustava käitumise väited olid sõnastatud lähtudes patsiendi tunnetest (nt „Minu füsioterapeut tekitas minus abituse tunde“). Seotuse vajadust ohustava füsioterapeudi käitumise tajumise väidetest eemaldati järgnevad väited: „Minu füsioterapeut ei suhtle minuga kenasti (lugupidavalt)“ ja „Minu füsioterapeut ei lähtunud minu huvidest“. Antud väited olid küsimustikus asetatud kõrvuti.

Kuna füsioterapeudi tajutud toetava käitumise alaskaalade omavaheline korrelatsioon oli tugev (välja arvatud seos tajutud seotust toetava käitumisega), kus Pearsoni korrelatsioonikordaja oli vahemikus 0,278 kuni 0,524, siis käesolevas töös liideti antud alaskaalad kokku ning käsitleti kui vajadusi toetav füsioterapeudi käitumine.

Patsientide põhivajadusi ohustava füsioterapeudi käitumise alaskaalade omavaheline korrelatsioon oli tugev ja statistiliselt oluline, Pearsoni korrelatsioonikordaja oli vahemikus 0,466 kuni 0,752. Käesolevas uuringus liideti antud alaskaalad kokku ning käsitleti kui patsientide vajadusi ohustav füsioterapeudi käitumine.

Leidmaks rahulolu keskvaartust käsitleti rahulolu alaskaalasid ühendatult, mida võimaldas alaskaalade omavaheline korrelatsioon, mis oli tugev ja statistiliselt oluline, Pearsoni korrelatsioonikordaja oli vahemikus 0,768 kuni 0,862.

4.2. Patsientide psühholoogilised põhivajadused, motivatsioon ning rahulolu

Antud uuringus osalenud patsiendid tajusid teraapias kõrgemalt autonoomsuse vajaduse rahuldatust (vt tabel 3). 7-pallilisel *Likert* tüüpi skaalal autonoomsuse vajaduse rahuldatuse keskvaartus oli $6,24 \pm 1,12$ palli, kompetentsuse vajaduse rahuldatuse keskvaartus oli $4,92 \pm 1,81$ palli.

Tabel 3. Küsimustike alaskaalade keskvaartused ja standardhälbed

Alaskaala nimetus	Keskvaartus	Standardhälve
Motivatsiooni alaskaalad		
autonoomne motivatsioon teraapiaks ravikeskkonnas	6,30	1,00
kontrollitud motivatsioon teraapiaks ravikeskkonnas	3,22	1,78
autonoomne motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas	6,36	0,93
kontrollitud motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas	3,71	1,60
Patsiendi psühholoogiliste põhivajaduste alaskaalad		
autonoomsuse vajadus	6,24	1,12
kompetentsuse vajadus	4,92	1,81
Füsioterapeudi tajutud käitumise alaskaalad		
autonoomsuse vajadust toetav füsioterapeudi käitumine	6,24	0,81
kompetentsuse vajadust toetav füsioterapeudi käitumine	6,45	0,79
seotuse vajadust toetav füsioterapeudi käitumine	6,79	0,59
autonoomsuse vajadust ohustav füsioterapeudi käitumine	2,48	1,62
kompetentsuse vajadust ohustav füsioterapeudi käitumine	1,33	1,03
seotuse vajadust ohustav füsioterapeudi käitumine	2,47	1,65
üldine rahulolu	4,17	0,65
Rahulolu alaskaalad		
rahulolu kättesaadavusega	4,04	0,73
rahulolu füsioteraapia protsessiga	4,44	0,62
rahulolu raviasutuse keskkonnaga	4,11	0,73

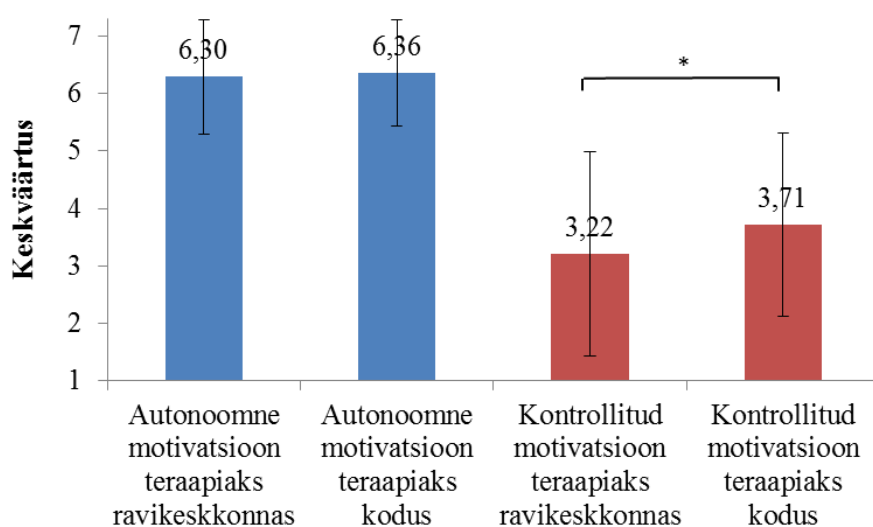
Käesolevas uuringus leiti, et teraapiaks raviasutuses olid patsiendid enam autonoomselt motiveeritud kui motiveeritud kontrollitud regulatsioonide poolt (vaata tabel 3). 7-pallilise *Likert* tüüpi skaalal oli autonoomse motivatsiooni keskvaartus teraapiaks ravikeskkonnas $6,30 \pm 1,00$ palli ja kontrollitud motivatsiooni keskvaartus $3,22 \pm 1,78$ palli. Teraapiaks kodukeskkonnas olid patsiendid motiveeritud autonoomse motivatsiooni poolt.

Autonoomse motivatsiooni keskvärtus jätkata teraapiat kodukeskkonnas oli 7-pallilisel *Likert* skaalal $6,36 \pm 0,93$ palli ning kontrollitud motivatsiooni keskvärtus oli $3,71 \pm 1,60$ palli.

Rahulolu hinnati 5-pallilisel *Likert* tüüpi skaalal vahemikus 1 kui „halb“ ja 5 kui „suurepärase“ („halb“, „rahuldav“, „hea“, „väga hea“, „suurepärase“). Käesolevas uuringus hindasid patsiendid rahulolu ravi kättesaadavusega, füsioteraapiaga ja ravikeskkonnaga vähemalt pallile 4 ehk siis „väga hea“ (vt tabel 3). Kõige kõrgem rahulolu oli füsioteraapiaga (4,44 palli) ning madalam ravi kättesaadavusega (4,04 palli). Üldise rahulolu keskvärtus (kõigi kolme alaskaala ühendamisel) oli antud uuringus $4,17 \pm 0,65$ palli.

4.2.1. Erinevused motivatsioonis ravikeskkonnas ning teraapiaks kodukeskkonnas

Käesolevas uuringus selgitati erinevused patsientide autonoomse ja kontrollitud motivatsiooni vahel osaleda teraapias raviasutuses ja jätkata teraapiaga kodukeskkonnas kasutades paarides t-testi. Joonisel 1 esitatud andmetest nähtub, et autonoomse motivatsiooni keskvärtused ravikeskkonnas ja jätkata teraapiaga kodukeskkonnas ei erine omavahel ning antud tulemus ei olnud statistiliselt oluline. Patsientide kontrollitud motivatsioon jätkata teraapiaga kodukeskkonnas oli statistiliselt oluliselt ($p < 0,01$) kõrgem võrreldes kontrollitud motivatsiooniga teraapiaks raviasutuses, kus patsiendid olid jätkamaks teraapiat kodukeskkonnas kõrgemalt motiveeritud kontrollitud regulatsioonide poolt kui teraapiaks ravikeskkonnas.



Joonis 1. Patsientide motivatsioon teraapiaks raviasutuses ja motivatsioon jätkata teraapiaga kodustes tingimustes. * statistiliselt oluline nivool $< 0,01$

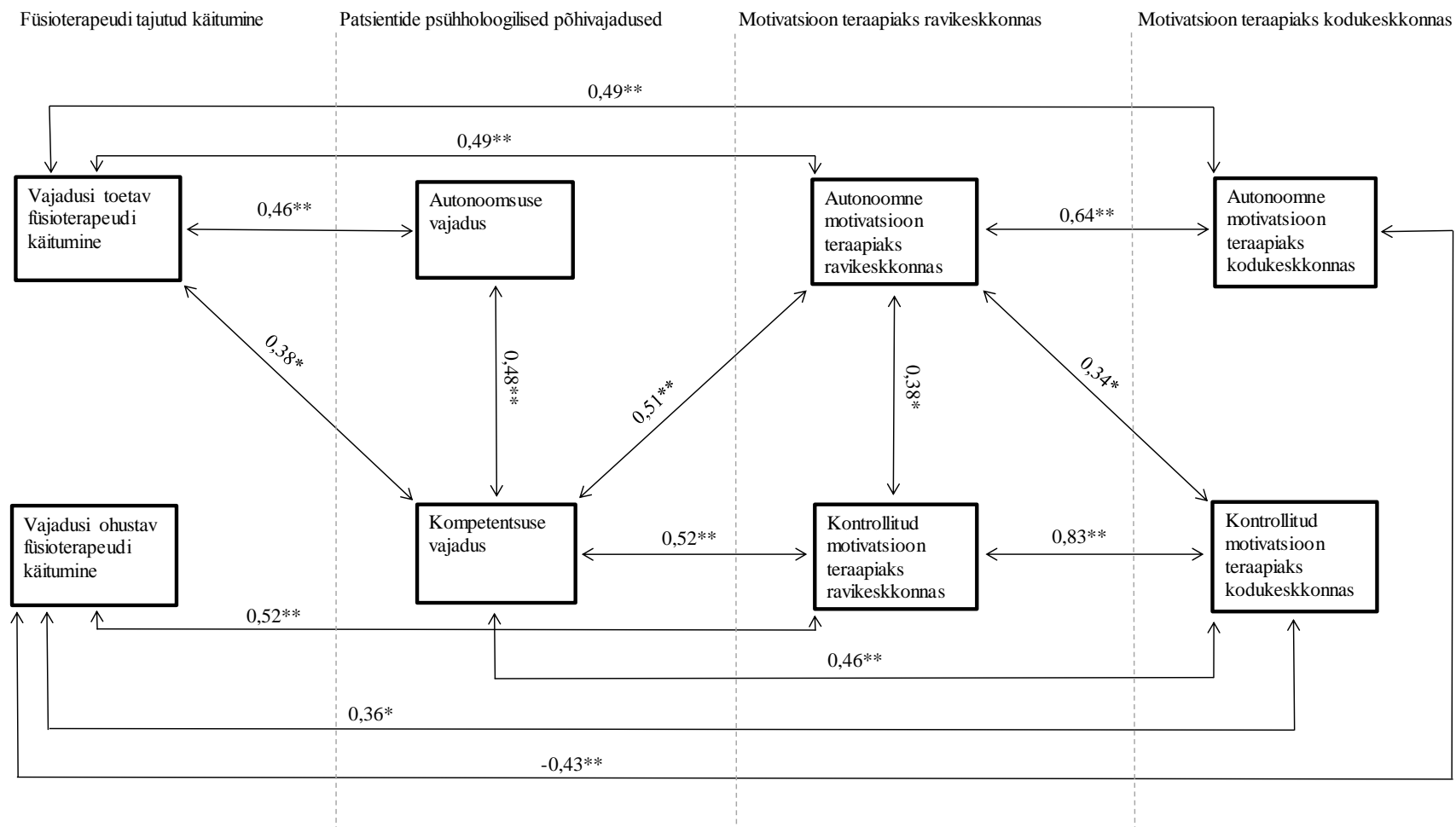
4.3. Motivatsiooni ravikeskkonnas seos motivatsiooniga teraapiaks kodukeskkonnas

Kasutades korrelatsioonianalüüsi (joonis 2) on leitud statistiliselt oluline positiivne seos ($p<0,01$) autonoomse motivatsiooni vahel haiglateskkonnas ja kodukeskkonnas järeldades, et autonoomse motivatsiooni tõustes ravikeskkonnas suurenes ka autonoomne motivatsioon teraapiaga jätkata kodukeskkonnas. Samuti esines statistiliselt oluline positiivne seos ($p<0,05$) autonoomse motivatsiooni teraapiaks ravikeskkonnas ja kontrollitud motivatsiooni teraapiaks kodukeskkonnas vahel, ravikeskkonnas suurenev autonoomne motivatsioon on oluliselt seotud ka suureneva kontrollitud motivatsiooniga kodukeskkonnas. Omavahelises positiivses seoses olid ka ravikeskkonnas esinev autonoomne ja kontrollitud motivatsioon. Ravikeskkonnas suurenev kontrollitud motivatsioon omas positiivset seost ($p<0,01$) kodukeskkonnas suureneva kontrollitud motivatsiooniga. Seega uuringus osalevate patsientide kontrollitud motivatsiooni suurenemisel ravikeskkonnas suurenes ka kontrollitud motivatsioon jätkata teraapiat kodukeskkonnas.

4.4. Füsioterapeudi tajutud käitumine, patsientide põhivajadused ning motivatsioon

Patsiendi psühholoogilisi põhivajadusi toetav füsioterapeudi käitumine oli positiivses seoses autonoomsuse ja kompetentsuse vajadusega, kus patsiendi põhivajadusi toetava käitumise suurenedes suurenes ka patsientide psühholoogiliste põhivajaduste rahuldatus. Kompetentsuse vajaduse rahuldatus suurenemisega ravikeskkonnas suurenesid ka autonoomne ning kontrollitud motivatsioon ravikeskkonnas ning kontrollitud motivatsioon kodukeskkonnas (vt joonis 2). Samuti omas psühholoogilisi põhivajadusi toetav füsioterapeudi käitumine statistiliselt olulist ($p<0,01$) positiivset seost autonoomse motivatsioonivormiga teraapiaks nii raviasutuses kui kodukeskkonnas.

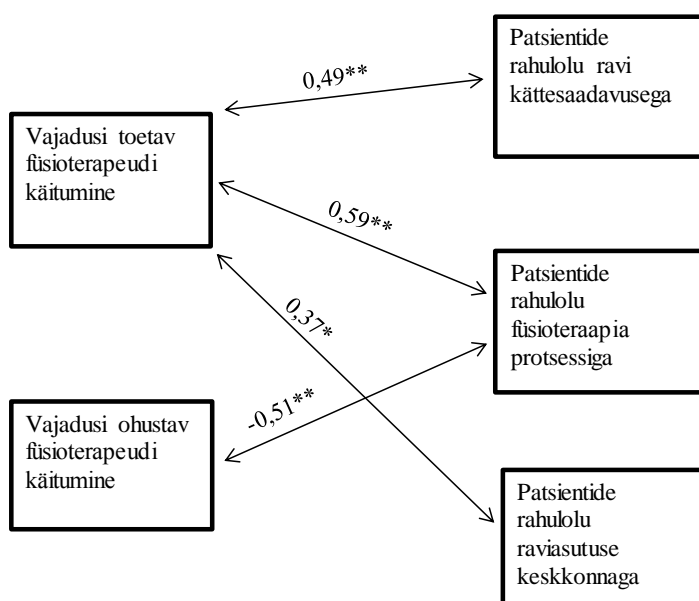
Samas patsiendi psühholoogilisi põhivajadusi ohustav füsioterapeudi tajutud käitumine omas positiivset seost kontrollitud motivatsioonivormidega teraapiaks raviasutuses ja jätkamaks teraapiaga kodukeskkonnas, kus füsioterapeudi põhivajadusi ohustava käitumise suurenedes suurenes patsientide kontrollitud motivatsioon ravikeskkonnas ning jätkamaks teraapiaga kodukeskkonnas. Psühholoogilisi põhivajadusi ohustav füsioterapeudi käitumine oli negatiivses seoses ($p<0,01$) autonoomse motivatsiooniga jätkata teraapiat kodukeskkonnas järeldades, et patsiendi vajadusi ohustava füsioterapeudi käitumise suurenedes vähenes autonoomne motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas. Kõiki tunnustevahelisi korrelatiivseid seoseid on võimalik näha lisa 4 esitatud korrelatsioonitabelis.



Joonis 2. Statistiliselt olulised seosed füsioterapeudi tajutud käitumise, patsientide psühholoogiliste põhivajaduste, patsientide motivatsiooni teraapiaks ravikeskkonnas, motivatsiooni teraapiaks kodukeskkonnas vahel. Välja toodud Pearsoni korrelatsioonikordaja ja statistiline olulisus. ** olulisuse nivool $p < 0,01$; * olulisuse nivool $p < 0,05$

4.5. Füsioterapeudi tajutud käitumine ja patsientide rahulolu

Nagu joonisel 3 nähtub, siis patsiendi psühholoogilisi põhivajadusi toetav füsioterapeudi tajutud käitumine omas positiivset seost kõigi kolme rahulolu alaskaalaga, milleks olid ravi kättesaadavus, füsioteraapia protsess ning raviasutuse keskkond. Patsiendi vajadusi ohustava füsioterapeudi käitumise suurenemine vähendas patsientide rahulolu füsioteraapia protsessiga. Füsioterapeudi vajadusi ohustav käitumine vähendas patsientide rahulolu ravi kättesaadavusega, füsioteraapia protsessiga ning raviasutuse keskkonnaga (vt lisa 4), kuid statistiliselt oluline oli ainult füsioterapeudi ohustava käitumise negatiivne seos patsientide füsioteraapia protsessi rahuloluga (vt joonis 3).



Joonis 3. Füsioterapeudi tajutud käitumise ja patsientide rahulolu vahelised statistiliselt olulised seosed. ** olulisuse nivool $p < 0,01$; * olulisuse nivool $p < 0,05$

5. ARUTELU

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida patsientide psühholoogilisi põhivajadusi teraapias, motiveeritust tegeleda teraapiaga nii raviuasutuses kui hiljem kodukeskkonnas, patsientide rahulolu ning seoseid füsioterapeudi tajutud käitumisega. Uuringus osales 48 patsienti, kelle keskmine vanus oli $60,40 \pm 14,23$ a. Osalenutest oli rohkem naissoost isikuid kui meessoost.

5.1. Patsientide psühholoogilised põhivajadused teraapias

Williams ja kaasautorid (2006) arvavad, et parandamaks tervisenäitajaid on vajalik soodustada patsiendi autonoomsust ja kompetentsust, asetades autonoomsuse ja kompetentsuse vajadused teraapia keskmesse. Rinnavähijärgsete patsientidega viidi läbi uuring, kus leiti, et 12-nädalase aeroobse treeningu ja jõutreeningu jooksul suurenes statistiliselt oluliselt patsientide autonoomsuse vajaduse rahuldatus (Milne et al., 2008). Käesolevas uuringus on hinnatud patsientide vajaduste toetust teraapias ning tulemused sarnanevad eelnimetatud uuringuga, kus osalenud patsiendid tajusid kõrgelt füsioterapeudi poolset autonoomsuse vajaduse toetust. Seega võttes arvesse Teixeira ja kaasautorite (2012) tähenduse mõistest autonoomsus järeldeb käesoleva töö autor, et füsioterapeudid võimaldasid patsientidele valikuvõimaluse ja vähendasid enesepoolset survet ning võtsid omaks patsiendi vaatenurga. Antud uuringus osalenud patsientide kompetentsuse vajaduse rahuldatus teraapias oli madalam võrrelduna autonoomsuse vajaduse rahuldatusega. Varasemalt on välja toodud, et inimeste vajadus kompetentsuse järele on tihti rahuldatud väljaspool lähedasi inimsuhteid nagu näiteks töökkeskkonnas (La Guardia et al., 2000). Kui inimesed kogevad teatud psühholoogilise põhivajaduse rahuldatust, siis nende käitumine ei ole enam suunatud antud põhivajaduse rahuldamisele (Deci & Ryan, 2000a). Käesoleva uuringu tulemustest töö autor järeldeb, et patsientide kompetentsuse vajadus oli rahuldatud väljaspool füsioteraapia konteksti või füsioterapeudid kasutasid vähem kompetentsuse vajadust toetavaid strateegiaid (näiteks asjakohane tagasiside) võrrelduna autonoomsuse vajaduse toetusega. Uuringus tervete indiviididega spordiklubi kontekstis toodi välja, et autonoomsuse ja seotuse vajadus on oluline treeninguga alustamise algfaasis, kogenumatele treenijatele on olulisem kompetentsuse vajaduse rahuldatus (Vlachopoulos et al., 2011). Samas Fortier ja kaasautorid (2007) toovad esmatasandi arstiabi kontekstis välja vastandliku arvamuse, nimelt on tähtis toetada patsiendi kompetentsust, eriti just kehalise aktiivsusega tegelemise algfaasis.

Kompetentsuse toetus hõlmab endas negatiivse tagasiside vähendamist ning optimaalseid väljakutseid pakkuvate ülesannete andmist (Teixeira et al.,2012).

5.2. Patsientide psühholoogiliste põhivajaduste seos motivatsiooniga

Autonoomsus ja kompetentsus mõjutavad kõige tugevamalt sisemist motivatsiooni, seotuse vajadus jääb tagaplaanile, omades mõju sisemise motivatsiooni säilitamisele (Deci & Ryan, 2000a). Seda toetab ka Schneider ja Kwan'i (2013) poolt läbiviidud uuring noorukite peal, kus hinnati psühholoogiliste baasvajaduste ja sisemise motivatsiooni seost mõõduka ja tugeva intensiivsusega koormuse ajal ja järgselt ning leiti, et sisemine motivatsioon omab olulisi korrelatiivseid seoseid kõigi psühholoogiliste baasvajadustega. Milne ja teiste (2008) rinnavähijärgsete patsientidega uuringus teostati treeningu 12 nädalal hindamine, kus saadi kompetentsuse positiivne seos identifitseeritud regulatsiooni ja sisemise motivatsiooniga. Võttes arvesse varasemate uuringute autorite selgitusi eelmainitud mõistetele saab järeldada, et kui suureneb patsientide kompetentsuse vajadus ehk nad tajuvad, et ülesanded on optimaalset väljakutset pakkuvad (Teixeira et al., 2012), suureneb ka patsientide soov osaleda treeningus, kuna nad väärtustavad treeninguga kaasnevaid aspekte nagu näiteks olla tervislikum (Deci & Ryan, 2000a) või see tegevus on lõbus ja pakub sisemist rahuldust (Ryan & Deci, 2000b). Antud töös leiti sarnaselt eelnevale uuringule, et kui patsiendid tajuvad endid kompetentsetena füsioteraapias, siis suurenes nende autonoomne motivatsioon osaleda teraapias. Deci ja Ryani (2008) kohaselt hõlmab autonoomne motivatsioon endas sisemist motivatsiooni ning välise motivatsiooni vorme, kus inimene on identifitseerinud tegevusega kaasnevad väärtused ning võtnud need omaks.

Kõne all olevas uuringus kompetentsuse vajaduse rahuldatus suurenedes suurenes ka patsientide kontrollitud motivatsioon nii ravi- kui kodukeskkonnas. Kontrollitult motiveeritud inimene tajub survet mõelda, tunda või käituda teatud viisil (Deci & Ryan, 2008). Siinkohal võib käesoleva töö autor näiteks tuua teiste soovi, et patsient tegeleks harjutustega või harjutuste sooritamine süütunde vältimiseks, mis patsiendil tekiks, kui ta ei teostaks füsioterapeudi antud harjutusi. Milne ja kaasautorid (2008) said käesolevast uuringust erineva tulemuse, kus kompetentsuse vajaduse rahuldatus oli negatiivses seoses välise regulatsiooniga ehk kompetentsuse vajaduse rahuldatus suurenemine vähendas motiveeritust välise regulatsiooni poolt. Erinevuste põhjuseks võib tuua ka uuringu pikkuse, kus Milne ja kaasautorite (2008) puhul hinnati antud väärtuseid 12 nädalal ning antud töö puhul oli ajaperiood 5 kuni 9 päeva, mis on tingitud Eesti raviskeemist, kus üldjuhul ollakse statsionaarsel haiglaravil lühiaegselt. Antud uuringus ei omanud autonoomsuse vajaduse

rahuldatus statistiliselt olulisi seoseid autonoomse motivatsiooniga ravikeskkonnas ega motivatsiooniga jätkata teraapiaga kodukeskkonnas. Ka antud tulemus võib olla tingitud lühikesest ajaperioodist.

5.3. Patsientide motivatsioon teraapiaks ning jätkamaks teraapiaga kodukeskkonnas

Milne ja teised (2008) viisid läbi uuringu aeroobse ja jõutreeningu mõjust rinnavähijärgsete patsientide vajaduste toetusele ja motivatsioonile ning saadud tulemused toetavad enesemääratlemise teooria seisukohta, et suurenenud vajaduste rahulolu suurendab autonoomset motivatsiooni. Käesolevas uuringus osalenud patsiendid olid teraapiaks motiveeritud kõrgemalt autonoomse motivatsiooni poolt kui kontrollitud regulatsioonide poolt, seega töö autor järeldab, et patsiendid soovisid aktiivselt osaleda teraapias, kuna tähtsustasid teraapia vajalikkust oma tervisele. Chan ja Hagger (2012) uurisid sportlaste kavatsusi vigastuse rehabilitatsiooni ja ennetuse kontekstis ning leidsid, et autonoomne motivatsioon omab mõju kavatsustele ehk mida enam sportlane osales rehabilitatsioonis ja vigastuste ennetuses autonoomsetel põhjustel, seda tõenäolisemalt pühenduvad nad antud käitumisviisile ka tulevikus. Antud uuringus ei hinnatud patsientide kavatsusi, kuid leiti positiivne seos autonoomse motivatsiooni suurenemisel ravikeskkonnas suurenes ka autonoomne motivatsioon jätkata teraapiat kodukeskkonnas. Siinkohal saab tuua paralleele enesemääratlemise teooria seisukohaga, et autonoomne motivatsioon toob kaasa pikemaajase püsivuse nagu näiteks ravijärgimuse pikema aja jooksul ning tervislike eluviiside järgimise (Deci & Ryan, 2008), mis antud hetkel on jätkamaks harjutustega iseseisvalt kodukeskkonnas.

Treeningu jooksul rinnavähijärgsete patsientide motiveeritus välise regulatsiooni poolt vähenes kuigi autorid eeldasid, et treeningu varajases faasis domineerivad välised motiivid, mis tulenevad näiteks soovist kaalu langetada või osaletakse treeningus süütunde vältimiseks, sest arst või mõni teine oluline inimene näeb vajalikuks osaleda treeningul (Milne et al., 2008). Kõne all olevas uuringus osalenud patsientide raviperiood oli lühiaegne, kuid saadud tulemus sarnanes eelneva uuringu autorite ootusega, teraapia jooksul oli suurenenud patsientide kontrollitud motivatsioon. Siinjuures tuleb meele pidada, et kontrollitud motivatsioon hõlmab endas nii välist regulatsiooni kui introjektiivset regulatsiooni (Deci & Ryan, 2008). Antud töö tulemust toetab ka Rodgers ja kaasautorite (2010) uuringu tulemus, kus hinnati kõnnitreeninguga või spordiklubis teostatava treeninguga alustajaid ning leiti statistiliselt oluline suurenemine introjektiivses regulatsioonis treeninguga alustamisest kuni 8 nädalani ehk muutused toimusid treeningus osalemise varajases faasis. Samuti toodi välja, et

mitteregulaarselt treenijad omavad kõrgemal tasemel kontrollitud motivatsiooni (Rodgers et al., 2010). Varasemalt on leitud ka kontrollitud motivatsiooni positiivne seos kavatsustega, sealhulgas kontrollitud motivatsioon võib olla seoses sunnitud kavatsusega, mispuhul käitumine on indiviidi poolt kaalutud kui „peab tegema“ (Chan & Hagger, 2012). Varasemas metaanalüüsis toodi välja, et seitsme uuringu puhul suurenes autonoomne motivatsioon ajaga (Teixeira et al., 2012), ka käesolevas uuringus suurenes autonoomne motivatsioon teraapiaks kodukeskkonnas võrrelduna teraapiaks ravikeskkonnas esineva motivatsiooniga, kuid saadud tulemus ei olnud statistiliselt oluline. Töös ei uuritud osalejate varasemaid treeningharjumusi, kuid eelmainitud aspekt on oluline, kuna Rodgers ja kaasautorid (2010) leidsid oma uuringus, et autonoomne motivatsioon küll suureneb treeninguga alustajatel, kuid isegi 6 kuu möödumisel jäävad need väärtused madalamaks võrrelduna regulaarsete treenijatega.

5.4. Füsioterapeudi tajutud käitumise seosed patsientide psühholoogiliste vajaduste ja motivatsiooniga

Patsientide vajadusi toetava füsioterapeudi käitumise eelistused on välja toodud varasemates uuringutes, kus peetakse oluliseks patsiendikeskset lähenemist (Cooper et al., 2008; Kidd et al., 2011). Skeletilihassüsteemi probleemidega patsiendid peavad oluliseks, et terapeut kuulaks ja mõistaks neid (Kidd et al., 2011), kroonilise alaseljavaluga patsiendid töid välja, et teraapia tähtis osa on suhtlus, otsuste tegemine, informatsiooni jagamine (Cooper et al., 2008). Cooper ja kaasautorite uuringus (2008) töid patsiendid välja, et kes ei saanud arutada oma vajadusi või said kehvasid seletusi, ei tundnud ennast kaasatuna füsioterapia protsessi. Kõne all olevas uuringus leiti, et füsioterapeudi toetava käitumise suurenedes on enam rahuldatud autonoomsuse ja kompetentsuse vajadus ning suureneb autonoomne motivatsioon ravikeskkonnas ning autonoomne motivatsioon jätkata harjutustega kodukeskkonnas. Eelmainitud tulemused olid oodatavad, kuna varasemates uuringutes on saadud sarnaseid tulemusi täheldades, et tajutud toetav käitumine omab positiivset mõju psühholoogilistele baasvajadustele (Fortier et al., 2007; Haerens et al., 2015), autonoomsele motivatsioonile (Chan et al., 2009; Chan et al., 2011; Haerens et al., 2015; Rouse et al., 2011) ning autonoomsele motivatsioonile jätkata raviga pikemas perspektiivis (Fortier et al., 2007). Ambulatoorses osakonnas põlve eesmise ristatisideme rekonstrueerimise operatsioonijärgselt saadi positiivne seos füsioterapeudi autonoomsust toetava käitumise ja autonoomse motivatsiooni vahel ravikeskkonnas. Patsiendid, kes tajusid, et füsioterapeut toetas nende arusaama raviprotsessist, tagas ravivõimalusi ning põhjendas ravi olemust olid autonoomselt motiveeritud (Chan et al., 2009). Varasemas uuringus kehalise kasvatusõpetajate toetava

käitumise hindamisel täheldati, et autonoomsust toetav käitumine suurendas põhivajaduste rahuldatust ning omas positiivset seost autonoomse motivatsiooniga (Haerens et al., 2015).

Chan ja teised (2009) eeldavad, et mitte ainuüksi autonoomsust toetava käitumise puudumine, vaid ka füsioterapeudi kontrolliva käitumise olemasolu võib põhjustada kontrollitud motivatsiooni ravikeskkonnas. See on vastavuses käesoleva töö tulemusega, kus füsioterapeudi tajutud kontrolliva käitumise korral uuringus osalenud patsientide kontrollitud motivatsioon suurenes. Vähenes ka autonoomne motivatsioon jätkata raviga kodukeskkonnas. Antud tulemused ühilduvad Haerens ja kaasautorite (2015) uuringuga, kus õpetajate tajutud kontrolliv käitumine vähendas autonoomset motivatsiooni ning suurendas kontrollitud motivatsiooni. Kontrolliva käitumise tajumist on varasemalt vähe uuritud. Töö piiranguna võib välja tuua füsioteraapia-alaste artiklite vähesuse ning tasulised artiklid, mis hindasid patsientide motivatsiooni ja terapeudi käitumist, mistõttu töö autoril puudus ligipääs antud artiklitele.

5.5. Patsientide rahulolu teraapiaprotsessiga

Antud uuringus hinnati patsientide rahulolu lähtuvalt kolmest aspektist: ravi kättesaadavus, füsioteraapia protsess ja keskkond. Nende kolme aspekti ühendamisel hindasid patsiendid üldist rahulolu kõrgelt 4,17 pallile (skaalal 1-5, kus rahulolu kõrgeim väärtus on hindele 5), kuid mis oli madalam võrrelduna varasemate uuringute tulemustega (Hush et al., 2011; Hush et al., 2012). Austraalias läbiviidud uuringus oli skeletilihassüsteemi probleemidega patsientide rahulolu keskväärtus 4,55 palli (Hush et al., 2012) ning Inglismaal, Iirimaa, Põhja-Euroopas ja Põhja-Ameerikas läbiviidud uuringute metaanalüüsis, kus hinnati skeletilihassüsteemi probleemidega patsientide rahulolu, saadi rahulolu määraks 4,44 palli (Hush et al., 2011). Antud uuringu ja varasemate uuringute (Hush et al., 2011; Hush et al., 2012) erinevuse põhjuseks võib tuua käesoleva uuringu vähesed osalejate arvu. Samuti ka erinevate hindamisinstrumentide kasutamise, kuid nii käesolevas töös kui varasemates on rahulolu hinnatud 5-pallilisel Likert tüüpi skaalal (Hush et al., 2011; Hush et al., 2012). Hush ja teised (2012) toovad välja, et olenemata erinevate hindamisinstrumentide kasutamisest esines pidevalt kõrge rahulolu. Põhjuseks võib tuua kõrgtasemelise füsioteraapia teenuse või patsientide madala ootuse ravi osas (Tennakoon & Zoysa, 2014). Üldise rahulolu keskväärtuste erinevuste põhjuseks võib veel tuua erinevused ravikeskkondades, milleks Hush ja kaasautorite (2011) metaanalüüsis olid erakliinikud, haigla ambulatoorsed osakonnad, seljaprobleemidele suunatud kliinikud, spordirehabilitatsiooni kliinikud. Varasemalt on välja toodud, et patsientide rahulolu on seotud raviasutuse tüübiga, nimelt patsiendid on enam rahul

erakliinikutes kui riigihaglates, mis võib olla seotud erakliinikute suurema ressursiga, milleks eelkõige on terapeudi aeg (Tennakoon & Zoysa, 2014).

Kõne all olevas töös ei teostatud sugudevahelist võrdlust, sest erinevatesse gruppidesse oleks sattunud liiga väike valim. Kuid uuringus osales enam naissoost indiviide (70,8%) ning varasemates uuringutes on märgitud, et naissoost individid on enam rahul võrrelduna meessoost individidega (Beattie et al., 2005; Hush et al., 2012), kuna meessoost isikute ootused ravi suhtes on kõrgemad (Hills & Kitchen, 2007). Naissoost isikud on kõrgemalt rahul füsioterapeudiga ja abipersonaliga ning ravikeskkonnaga võrrelduna meessoost isikutega (Beattie et al., 2005). Käesolevas uuringus oli patsientide keskmiseks vanuseks $60,40 \pm 14,23$ a, vanemaealistel individidel on tendents anda kõrgemaid hindeid rahulolule, vanemaealised on enam rahul ravi kättesaadavusega ja keskkonnaga (Monnin & Perneger, 2002). Uuringus osalenud patsiendid hindasid ravi kättesaadavust ja ravikeskkonda kui „väga hea“, mis sarnaneb Tennakoon ja Zoysa (2014) läbiviidud uuringu tulemustega, kus enamus osalejaid nõustusid, et ravikeskkond oli hea. 2011 a. patsientide rahulolu hindavas metaanalüüsis toodi välja, et patsiendid hindasid põhilisteks aspektideks terapeudi omadusi, raviprotsessi ning ravi organisatoorset osa (Hush et al., 2011). Antud töös oli rahulolu kõige kõrgem füsioteraapia protsessiga, mille määraks oli 4,44 palli, Hush ja kaasautorite (2012) uuringus tõid vastajad sagedasti (20%) välja, et terapeut on rahulolu kõige olulisem aspekt. Käesolevas töös oli füsioterapeudi autonoomsust toetav käitumine positiivses seoses patsientide rahuloluga ning füsioterapeudi kontrolliva käitumise suurenedes vähenes patsientide rahulolu füsioteraapia protsessiga. Hush ja kaasautorite (2012) uuringus tõid patsiendid välja, et soovitud ravi komponent on individuaalne lähenemine ja patsiendi kaasamine otsuste tegemisse. Töö autor nõustub varasemates uuringutes välja toodud arvamusega, et teenuse paremaks muutmiseks oleks vajalik pidev patsientide rahulolu hindamine (Casserley-Feeney et al., 2008; Tennakoon & Zoysa, 2014).

5.6. Uuringu kitsaskohad, tugevused ja edasised uurimisvõimalused

Kõne all olevas töös eemaldati alaskaaladest väiteid parandamaks Cronbach'i alfa koefitsienti aktsepteeritava tasemeni, mida on tehtud ka varasemates uuringutes (Mcauley et al., 1989). Töö üheks kitsaskohaks võib välja tuua mitmete alaskaalade madala sisemise reliaabluse koefitsienti. Tulemuste analüüsi kaasati alaskaalad, kus sisemise reliaabluse koefitsient oli vahemikus 0,568 kuni 0,882. Smith ja kaasautorite uuringus (1995), mis viidi läbi keskkooli sportlaste peal leiti, et mitmete alaskaalade Cronbach α oli 0,60 piires (madalaim $\alpha = 0,56$). Madala Cronbach α põhjuseks oli väidete vähene arv alaskaalas, milleks

oli 4 väidet (Smith et al., 1995). See on vastavuses ka käesoleva uuringuga, kus madala Cronbach α puhul oli väidete arv alaskaalas vahemikus 2 kuni 5 väidet. Ka teistes uuringutes on välja toodud madal sisemise reliaabluse koefitsient $\alpha=0,68$ (Mcauley et al., 1989) ja $\alpha=0,64$ ning antud väärtuseid on kirjeldatud kui piisavalt usaldusväärsed ning vastuvõetavad (Halvari et al., 2012).

Töö järgmiseks kitsaskohaks on vähene uuringus osalejate arv. Varasemalt läbiviidud uuringus, kus hinnati patsientide rahulolu füsioteraapiaga, toodi välja üldine madal vastamiste osakaal (Monnin & Perneger, 2002). Väikese osalejate arvu põhjuseks võib pidada vigu uuringu ülesehitusel. Täidetud ankeedid tagastas patsient suletud ümbrikus, kuid ankeete jagasid patsientidele nende endi füsioterapeudid, kes varasemalt nägid küsimustike sisu ning olid teadlikud, et antud küsimustikud hindasid füsioterapeudi tajutud käitumist, mis võis olla põhjuseks füsioterapeutide uuringus osalemise aktiivsuse vähenemises ning seeläbi oli vähem uuringus osalevaid patsiente. Samuti võib põhjuseks tuua füsioterapeutide suure töökoormuse ning seoses küsimustike jagamisega kaasneva suure ajakulu. Käesoleva töö tulemusi ei saa üldistada vähese uuringus osalejate arvu ning väheste raviasutuste tõttu, üldistamiseks on vajalik suurem valim (Tennakoon & Zoysa, 2014).

Töö tugevustena saab välja tuua uuringu teema uudsuse ja aktuaalsuse. Varasemalt ei ole uuritud füsioterapeudi kontrolliva käitumise seoseid patsientide psühholoogiliste põhivajaduste ja motivatsiooniga, Chan ja kaasautorid (2009) on varasemalt maininud füsioterapeudi kontrolliva käitumise ja motivatsiooni seoste uurimise vajalikkust. Samuti on varasemad motivatsiooni hindavad uuringud läbi viidud tervete inimestega (Rodgers et al., 2010), noorukitega (Schneider & Kwan, 2013), sportlastega (Chan & Hagger, 2012) või ambulatoorses osakonnas ravil viibivate isikutega (Chan et al., 2009). Uuring viidi läbi statsionaarses osakonnas ravil viibivate isikutega. Käesolevat tööd saavad kasutada füsioterapeudid muutmaks oma igapäevatööd patsiendikesksemaks, arvestamaks patsientide psühholoogiliste põhivajadustega teraapias ning mõistmaks, kuidas füsioterapeudi käitumine mõjutab patsientide motivatsiooni osaleda teraapias ja jätkata teraapiaga kodustes tingimustes.

Edaspidi võiks uurida füsioterapeudi tajutud käitumise seoseid motivatsiooniga kindla diagnoosiga patsientide puhul ning hinnata ka ravitulemusi võrdlemaks paranenud funktsiooni seoseid patsiendi motivatsiooniga ravikeskkonnas ning jätkamaks teraapiat kodukeskkonnas.

6. JÄRELDUSED

Vastavalt püstitatud ülesannetele ja saadud tulemustele saab teha järgnevad järeldused:

1. Patsiendid pigem tajuvad, et nende psühholoogilised vajadused on rahuldatud teraapias - füsioterapeudid tagavad neile valikuvõimaluse ja pakuvad optimaalseid väljakutseid. Kui patsiendid tajuvad endid kompetentsetena ülesande täitmisel, suureneb nende motivatsioon teostada harjutusi raviasutuses ja kodukeskkonnas.
2. Patsiendid on üldjuhul kõrgelt motiveeritud nii teraapiaks raviasutuses kui jätkamaks teraapiat kodukeskkonnas, sest nad väärtustavad harjutuste vajalikkust tervisele. Samas võrrelduna ravikeskkonnaga suureneb kodukeskkonnas motivatsioon harjutada pigem süütunde vältimiseks või tajudes teiste inimeste survet.
3. Füsioterapeudi toetava käitumise korral saavad patsiendid väljendada oma arvamust ja tunnevad endid kompetentsetena. Füsioterapeudi toetav käitumine on positiivselt seotud patsientide motivatsiooniga osaleda teraapias - suureneb patsientide motivatsioon osaleda teraapias nii raviasutuses kui hiljem kodukeskkonnas. Kui terapeut käitub patsiendi põhivajadusi ohustavalt, siis suure tõenäosusega alaneb patsiendi sisemine motivatsioon teraapiaga edasi tegelemiseks koduses keskkonnas.
4. Patsiendid on teraapiaprotsessiga väga rahul. Füsioterapeudi toetav käitumine suurendab rahulolu teraapia kättesaadavusega, füsioteraapiaprotsessiga ning teraapiakeskkonnaga.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Bassett SF. The assessment of patient adherence to physiotherapy rehabilitation. *NZJP* 2003; 31: 60-66.
2. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* 2005; 85: 1046-1052.
3. Brophy S, Cooksey R, Davies H, Dennis MS, Zhou SM et al. The effect of physical activity and motivation on function in ankylosing spondylitis: a cohort study. *Semin Arthritis Rheum* 2013; 42: 619-626.
4. Casserley- Feeney SN, Phelan M, Duffy F, Roush S, Cairns MC et al. Patient satisfaction with private physiotherapy for musculoskeletal pain. *Bmc Musculoskel Dis* 2008; 9: 1-13. doi:10.1186/1471-2474-9-50
5. Chan DKC, Hagger MS. Self-determined forms of motivation predicts sport injury prevention and rehabilitation intentions. *J Sci Med Sport* 2012; 15: 398-406.
6. Chan DKC, Hagger MS, Spray SM. Treatment motivation for rehabilitation after a sport injury: application of the trans-contextual model. *Psychol Sport Exerc* 2011; 12: 83-92.
7. Chan DKC, Lonsdale C, Ho PY, Yung PS, Chan KM. Patient motivation and adherence to postsurgery rehabilitation exercise recommendations: the influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Arch Phys Med Rehabil* 2009; 90: 1977-1982.
8. Cooper K, Smith BH, Hancock E. Patient- centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy* 2008; 94: 244-252.
9. Deci EL, Ryan RM, Koestner R. A meta-analytic review of experiment examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull* 1999; 125: 627-668.
10. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health. *Can Psychol* 2008; 49: 182-185.
11. Deci EL, Ryan RM. The „what“ and „why“ of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq* 2000a; 11: 227-268.
12. Fleig L, Lippke S, Pomp S, Shwarzer R. Exercise maintenance after rehabilitation: how experience can make a difference. *Psychol Sport Exerc* 2011; 12: 293-299.
13. Fortier MS, Sweet SN, O'Sullivan TL, Williams GC. A self-determination process model of physical activity adoption in the context of a randomized controlled trial. *Psychol Sport Exerc* 2007; 8: 741-757.

14. Haerens L, Aelterman N, Vansteenkiste M, Soenens B, Petegem SV. Do perceived autonomy-supportive and controlling teaching relate to physical education students' motivational experiences through unique pathways? Distinguishing between the bright and dark side of motivation. *Psychol Sport Exerc* 2015; 16: 26-36.
15. Halvari AEM, Halvari H, Bjornebekk G, Deci EL. Motivation for dental home care: testing a self-determination theory model. *J Appl Soc Psychol* 2012; 42: 1-39.
16. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patient with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiother Theory Pract* 2007; 23: 1-20.
17. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Phys Ther* 2011; 91: 25-36.
18. Hush JM, Yung V, Mackey M, Adams R, Wand BM et al. Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia: an international comparison. *J Man Manip Ther* 2012; 20: 201- 208.
19. Kidd MO, Bond CH, Bell ML. Patients' perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study. *Physiotherapy* 2011; 97: 154-162.
20. La Guardia JG, Ryan RM, Couchman CE, Deci EL. Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2000; 79: 367- 384.
21. Levesque CS, Williams GC, Elliot D, Pickering MA, Bodenhamer B et al. Validating the theoretical structure of the treatment self-regulation questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Educ Res* 2007; 22: 691-702.
22. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 531-535.
23. Levy AR, Polman RCJ, Borkoles E. Examining the relationship between perceived autonomy support and age in the context of rehabilitation adherence in sport. *Rehabil Psychol* 2008; 53: 224-230
24. Lonsdale C, Hall AM, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N et al. Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *Bmc Musculoskel Dis* 2012; 13: 1-15. doi:10.1186/1471-2474-13-104

25. Mcauley E, Duncan T, Tammen VV. Psychometric properties of the intrinsic motivation inventory in a competitive sport setting: a confirmatory factor analysis. *Res Q Exercise Sport* 1989; 60: 48-58.
26. Milne HM, Wallman KE, Gordon S, Courneya KS. Impact of a combined resistance and aerobic exercise program on motivational variables in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Ann behav med* 2008; 36: 158- 166.
27. Monnin D, Perneger TV. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* 2002; 82: 682-691.
28. Pidlyskij K, Roddam H, Rawlinson G, Selfe J. Exploring aspects of physiotherapy care valued by breast cancer patients. *Physiotherapy* 2014; 100: 156-161.
29. Rodgers WM, Hall CR, Duncan LR, Pearson E, Milne MI. Becoming a regular exerciser: examining change in behavioural regulations among exercise initiates. *Psychol Sport Exerc* 2010; 11: 378-386.
30. Rouse PC, Ntoumanis N, Duda JL, Jolly K, Williams GC. In the beginning: role of autonomy support on the motivation, mental health and intentions of participants entering an exercise referral scheme. *Psychol Health* 2011; 26: 729-749.
31. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol* 2000b; 25: 54-67.
32. Schneider ML, Kwan BM. Psychological need satisfaction, intrinsic motivation and affective response to exercise in adolescents. *Psychol Sport Exerc* 2013; 14: 776-785.
33. Slade SC, Molloy E, Keating JL. „Listen to me, tell me“: a qualitative study of partnership in care for people with non-specific chronic low back pain. *Clin Rehabil* 2009; 23: 270-280.
34. Smith RE, Schutz RW, Smoll FL, Ptacek JT. Development and validation of a multidimensional measure of sport-specific psychological skills: the athletic coping skills inventory -28. *J Sport Exercise Psy* 1995; 17: 379-398.
35. Standage M, Duda JL, Ntoumanis N. A test of self-determination theory in school physical education. *Brit J Educ Psychol* 2005; 75: 411-433.
36. Teixeira PJ, Carraca EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phy* 2012; 9: 1-30. doi: 10.1186/1479-5868-9-78.
37. Tennakoon T, Zoysa P. Patient satisfaction with physiotherapy services in an Asian country: a report from Sri Lanka. *HK J Physio* 2014; 32: 79-85.

38. Vlachopoulos SP, Kaperoni M, Moustaka FC. The relationship of self-determination theory variables to exercise identity. *Psychol Sport Exerc* 2011; 12: 265-272.
39. Williams GC, McGregor H, Sharp D, Kouides RW, Levesque CS et al. A self-determination multiple risk intervention trial to improve smokers' health. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 1288-1294.
40. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight- loss maintenance. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70: 115-126.

LISAD

Lisa 1. Uuritava teadliku nõusoleku vorm

Lugupeetud uuringus osaleja!

Teid on kutsutud osalema uuringuprojektis, mille läbiviia on Tartu Ülikooli spordibioloogia ja füsioteraapia instituudi füsioteraapia õppetool. Uuringu eesmärgiks on selgitada füsioterapeudi käitumise mõju patsientide motivatsioonile osaleda teraapias ravisutuses ning motivatsioonile jätkata teraapiat iseseisvalt kodustes tingimustes. Uuring teostatakse Eesti erinevates ravisutustes, kus osutatakse statsionaarset füsioteraapia teenust. Uuringu meetodikaks on ankeetküsitlused.

Teile toimetatud ümbrikust leiate järgmised dokumendid:

1. Uuringus osaleja nõusoleku vorm (vaata palun käesoleva paberi pöördel);
2. I KÜSIMUSTIK;
3. II KÜSIMUSTIK.

Uuringus osalemiseks palume Teil teha järgmist:

1. Palun kinnitage oma nõusolek osaleda käesolevas uuringuprojektis, allkirjastades nõusoleku vormi (vaata palun käesoleva paberi pöördel);
2. Palun täitke I KÜSIMUSTIK ravisutuses teraapia esimesel päeval peale teraapiasessiooni;
3. Palun täitke II KÜSIMUSTIK ravisutuses teraapia viimasel päeval peale teraapiasessiooni;
4. Palun pange allkirjastatud nõusoleku vorm, täidetud I KÜSIMUSTIK ja täidetud II KÜSIMUSTIK Teile antud ümbrikusse, sulgege see ning andke see oma füsioterapeutile, kes toimetab selle uuringu korraldajatele.

Rõhutame, et uuringus osalemine on Teile vabatahtlik ning selle eest ei maksta rahalist tasu. Saadud andmeid kasutatakse vaid teadustöö huvides ning viisil, mis tagab Teie täieliku anonüümsuse. Teil on õigus uuringus osalemine katkestada selle mistahes etapis.

Ankeetküsimustikest saadud andmed säilitatakse TÜ Spordibioloogia ja füsioteraapia instituudis lukustatavas kontoris lukustatud sahtliboksis. Instituuti pääsevad ainult selleks volitatud isikud spetsiaalsete uksekaartide abil. Arvutisse sisestatud andmeid säilitatakse salasõnaga kaitstud arvutis. Kogutud andmeid säilitatakse pärast uuringuperioodi lõppemist 5 aasta jooksul ning seejärel need hävitatakse vastutava uurija poolt. Igal uuringus osalejalt on õigus üksikasjalikult tutvuda enda kohta saadud andmetega ning soovi korral saada asjasse puutuvaid selgitusi uuringu läbiviijalt (Kadri Pillilt).

Uuringus osaleja nõusoleku vorm

Mind,,
on informeeritud Tartu Ülikooli füsioteraapia õppetooli poolt läbiviidavast uuringust „Füsioterapeudi tajutud käitumise mõju patsiendi teraapias osalemise motivatsioonile raviastutuses ning kodukeskkonnas“ ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist, uuringu metoodikast ning oma õigusest uuringus osalemisest loobuda mistahes etapis. Kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Tean, et uuringu käigus tekkivate küsimuste korral saan informatsiooni Kadri Pillilt Tartu Ülikooli füsioteraapia õppetoolist (Ravila 14a – 2070, telefon: 737 5383, mob: 511 9491, e-mail: kadri.pill@ut.ee).

Uuritava allkiri.....

Kuupäev, kuu, aasta:

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri:

.....

Kuupäev, kuu, aasta:

Lugupidamisega,

Kadri Pill, MSc

Telefon: 737 5383/ Mob: 511 9491

e-mail: kadri.pill@ut.ee

Lisa 2. Esimese etapi ankeetküsitlus patsiendile

I KÜSIMUSTIK

KOOD:.....

NB! PALUN TÄITKE KÄESOLEV KÜSIMUSTIK TERAAPIA ESIMESEL PÄEVAL

Hea vastaja!

Inimestel on teatud viisil käitumiseks ja tegevustes osalemiseks erinevad motiivid ja põhjused. Käesoleva küsimustikuga soovime teada, millised on inimeste motiivid füsioteraapiaga alustamiseks ja selles osalemiseks raviasutuses olles. Lisaks soovime teada, millist füsioterapeudi käitumist oodatakse teraapias.

Esmalt aga palume Teil anda enda kohta järgmine informatsioon:

- 1) Vanus:
- 2) Sugu: M N **Palun tõmmake sobivale variandile ring ümber.**
- 3) Maakond, kus elate
- 4) Haridustase (alg-, põhi-, kesk, keskeri-, kõrg). **Palun tõmmake sobivale variandile joon alla.**
- 5) Amet:
- 6) Probleem (võimalusel diagnoos), mille tõttu viibite raviasutuses (vajadusel küsige oma füsioterapeudilt):
.....
- 7) Probleemi (haiguse) kestus (millal diagnoositi haigus esmakordselt?)
.....
- 8) Raviasutus, kus füsioteraapiat teostatakse (asutuse nimi)
.....
- 9) Füsioteraapiaga varasem kogemus: esmakordne / korduv. **Palun tõmmake sobivale variandile joon alla.**
- 10) Ankeedi täitmise kuupäev:

Selle blokiga soovime teada saada põhjuste ja motiivide kohta, **MIKS** Te hetkel ravisutuses olles tegelete füsioteraapiaga. Kui tõesed on järgnevad väited Teie jaoks? **Küsimustele vastamiseks palun tehke ring ümber numbri, mis kõige enam iseloomustab Teie arvamust**

<i>Motivatsioon teraapiaks ravisutuses olles</i>	Ei ole üldse nõus							Täiesti nõus
1. Sest tunnen, et soovin ise võtta vastutuse oma tervise eest	1	2	3	4	5	6	7	
2. Sest tunnen häbi või süüd, kui ma füsioteraapias ei osaleks	1	2	3	4	5	6	7	
3. Sest ma arvan, et füsioteraapia on parim asi mu tervisele	1	2	3	4	5	6	7	
4. Sest teised oleksid pahased, kui ma ei osaleks	1	2	3	4	5	6	7	
5. Ma tõesti ei mõtle füsioteraapias osalemisele	1	2	3	4	5	6	7	
6. Sest olen sellele tõsiselt mõelnud ja leian, et füsioteraapia on minu jaoks väga oluline	1	2	3	4	5	6	7	
7. Sest tunneksin ennast emotsionaalselt halvasti, kui ma füsioteraapias ei osaleks	1	2	3	4	5	6	7	
8. Sest füsioteraapias osalemine on mulle tõeliselt oluline otsus	1	2	3	4	5	6	7	
9. Sest tunnen teiste survet füsioteraapias osaleda	1	2	3	4	5	6	7	
10. Sest kergem on teha, mida kästakse, kui et ise mõelda, mida pean tegema	1	2	3	4	5	6	7	
11. Sest füsioteraapia toetab minu eesmärkide saavutamist	1	2	3	4	5	6	7	
12. Sest soovin teiste heakskiitu	1	2	3	4	5	6	7	
13. Sest minu jaoks on oluline olla võimalikult terve	1	2	3	4	5	6	7	
14. Sest tahan, et teised näeksid, et saan füsioteraapiaga hakkama	1	2	3	4	5	6	7	
15. Ma tõesti ei tea, miks ma füsioteraapias osalen	1	2	3	4	5	6	7	

Järgnevalt soovime teada saada, milline on Teie arvates sobilik füsioterapeudi käitumine või suhtumine teraapias. **Küsimustele vastamiseks palun tõmmake ring ümber numbri, mis kõige enam iseloomustab Teie arvamust.**

<i>Eelistatud füsioterapeudi käitumine</i>	Ei ole üldse nõus					Täiesti nõus
1. Sinu jaoks on oluline teada kõiki taastusravi kõrvalmõjusid	1	2	3	4	5	
2. Kui taastusravi ajal Sinu tervislik seisund halveneb, siis Sinu arvates peaks füsioterapeut võtma (taastusravi osas) suurema kontrolli	1	2	3	4	5	
3. Sina peaksid otsustama selle üle, kui sageli vajad taastusravi käigus füsioterapeudi poolset läbivaatamist	1	2	3	4	5	
4. Sa peaksid saama infot oma tervisliku seisundi kohta vaid siis, kui seda küsid	1	2	3	4	5	
5. Sinu jaoks on oluline tunda füsioterapeudi poolset toetust teraapiatunnis	1	2	3	4	5	
6. Taastusravi käigus ei tohiks Sa raviharjutuste osas ise otsuseid teha	1	2	3	4	5	
7. Kui Sinu tervislik seisund muutub taastusravi jooksul halvemaks, peaks füsioterapeut Sinu haigusest (ja taastusravist) Sulle rohkem rääkima	1	2	3	4	5	
8. Info saamine oma haiguse kohta on Sulle sama oluline kui taastusravi saamine	1	2	3	4	5	
9. Kui Sinu haiguse puhul on enam kui üks taastusravi meetod, siis Sinu arvates tuleks Sulle nendest kõigist rääkida	1	2	3	4	5	
10. Sinu füsioterapeut peaks Sulle selgitama teostatud testide eesmärki	1	2	3	4	5	
11. Sa peaksid tundma end vabalt oma taastusravi osas otsuseid tehes	1	2	3	4	5	

<i>Eelistatud füsioterapeudi käitumine</i>	Ei ole üldse nõus					Täiesti nõus
12. Sinu jaoks on oluline, et füsioterapeut tunneks huvi, kuidas Sul läheb ka väljaspool teraapiatundi	1	2	3	4	5	
13. Sa peaksid olema täielikult teadlik, mis Sinu kehas haiguse ning taastusravi mõjul toimub	1	2	3	4	5	
14. Kui Sul tekib raskusi teraapiatunnis raviharjutuste sooritamisel, siis peaks Sinu füsioterapeut innustama Sind jätkama	1	2	3	4	5	
15. Kui Sul ei tule raviharjutuse sooritamine hästi välja, siis peaks Sinu füsioterapeut koheselt reageerima ning selgitama ja demonstreerima harjutuse õiget sooritust	1	2	3	4	5	
16. Kui Sa sooritad raviharjutusi teraapiatunnis hästi, siis peaks Sinu füsioterapeut seda märkama ning seda kindlasti ka ütlema	1	2	3	4	5	
17. Sinu füsioterapeut peaks hoolitsema selle eest, et Sa sooritaksid kõiki raviharjutusi õigesti	1	2	3	4	5	
18. Isegi kui uudised Sinu tervisliku seisundi kohta on halvad, peaksid Sa olema nendest teadlik	1	2	3	4	5	
19. Sa peaksid nõustuma oma füsioterapeudi nõuannetega isegi siis, kui oled eriarvamusel	1	2	3	4	5	
20. Sinu füsioterapeut peaks respektierima Sind kui isiksust, ega nägema vaid Sinu haigust	1	2	3	4	5	
21. Olulised taastusravi puudutavad otsused peaks tegema füsioterapeut ja mitte Sina	1	2	3	4	5	
22. Sinu füsioterapeut peaks Sinuga suhtlema sõbralikult	1	2	3	4	5	
23. Sinu jaoks on oluline tunda lähedust/sidet oma füsioterapeudiga	1	2	3	4	5	

Täname Teid vastamise eest!

Lisa 3. Teise etapi ankeetküsitlus patsiendile

II KÜSIMUSTIK

KOOD:.....

NB! PALUN TÄITKE KÄESOLEV KÜSIMUSTIK TERAAPIA VIIMASEL PÄEVAL

Hea vastaja!

Käesoleva küsimustikuga soovime teada Teie arvamusi oma füsioterapeudi kohta ning füsioteraapia kohta raviasutuses üldiselt. Lisaks soovime teada Teie kavatsuse kohta jätkata iseseisvalt füsioteraapiaga **KODUSTES tingimustes**. Esmalt aga palume Teil anda enda kohta järgmine informatsioon, **sealjuures palume lisada ka oma telefoninumber, et viie nädala möödudes saaksime Teiega ühendust võtta paari lihtsa uuringuga seotud küsimuse esitamiseks:**

11) Vanus:

12) Sugu: M N **Palun tõmmake sobivale variandile ring ümber**

13) Raviasutus, kus osalesite füsioteraapias (asutuse nimi):

.....

14) Teie telefoninumber:

15) Ankeedi täitmise kuupäev:

Järgmiste väidete abil soovime teada saada, kuidas Te ennast emotsionaalselt tundsite, kui osalesite teraapias oma füsioterapeudi juhendamisel. **Vastamiseks palun tõmmake ring ümber numbri, mis kõige enam iseloomustab Teie arvamust.**

<i>Emotsioonid teraapias</i>	Ei ole üldse nõus							Täiesti nõus
1. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma sain olla see, kes ma olen	1	2	3	4	5	6	7	
2. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin ennast asjatundlikuna	1	2	3	4	5	6	7	
3. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin, et minust hoolitakse	1	2	3	4	5	6	7	

<i>Emotsioonid teraapias</i>	Ei ole üldse nõus						Täiesti nõus
4. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin end sageli ebavõrdsena ja mitteasjatundlikuna	1	2	3	4	5	6	7
5. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis mul oli sõnaõigust ja ma sain väljendada oma arvamust	1	2	3	4	5	6	7
6. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin sageli meievahelist distantssi	1	2	3	4	5	6	7
7. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin end väga võimeka ja tõhusana	1	2	3	4	5	6	7
8. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin lähedust ja turvalisust	1	2	3	4	5	6	7
9. Kui ma olin koos oma füsioterapeudiga, siis ma tundsin kontrolli ja survet käituda teatud viisil	1	2	3	4	5	6	7

Järgnevalt soovime teada saada, mida arvate oma füsioterapeudi käitumisest ja suhtumisest teraapia käigus. **Küsimustele vastamiseks palun tõmmake ring ümber numbri, mis iseloomustab kõige enam Teie arvamust.**

<i>Füsioterapeudi käitumine teraapias</i>	Ei ole üldse nõus						Täiesti nõus
1. Tundsin, et füsioterapeut otsustas liiga palju minu eest	1	2	3	4	5	6	7
2. Ma tunnen, et minu füsioterapeut sai aru, kuidas ma mõistan oma teraapiaprotsessi olemust	1	2	3	4	5	6	7
3. Ma tundsin teatavat barjääri suhtlemises minu ja oma füsioterapeudi vahel	1	2	3	4	5	6	7
4. Minu füsioterapeut kuulas mind, kuidas ma tahaksin teraapiat teha	1	2	3	4	5	6	7
5. Minu füsioterapeut julgustas mind esitama küsimusi	1	2	3	4	5	6	7
6. Ma ei küsinud füsioterapias küsimusi (hoidsin palju endasse)	1	2	3	4	5	6	7

<i>Füsioterapeudi käitumine teraapias</i>	<div> <div>Ei ole</div> <div>üldse nõus</div> <div>Täiesti</div> <div>nõus</div> </div>						
7. Minu füsioterapeut pani mind tundma, et olen teraapiatunnis tehtavates (sooritatavates) harjutustes hea	1	2	3	4	5	6	7
8. Minu füsioterapeut ei näinud mind isiksusena – ta nägi ainult minu tervislikke probleeme	1	2	3	4	5	6	7
9. Minu füsioterapeut toetas mind	1	2	3	4	5	6	7
10. Ma tunnen, et mu füsioterapeut tegi seda, mida tema tahtis ega kuulanud minu arvamust	1	2	3	4	5	6	7
11. Minu füsioterapeut näitas üles huvi, et mul läheks ka väljaspool teraapiatundi hästi	1	2	3	4	5	6	7
12. Minu füsioterapeut väljendas usku minu võimetesse muuta tervislikku seisundit teraapia abil	1	2	3	4	5	6	7
13. Tundsin, et füsioterapeut tahab mind muuta isegi siis, kui mina seda ei tahtnud	1	2	3	4	5	6	7
14. Ma tunnen, et minu füsioterapeut selgitas ja pakkus valikuid ning võimalusi füsioteraapiaks	1	2	3	4	5	6	7
15. Tundsin, et füsioterapeut alahindas ning ignoreeris mind kui isiksust	1	2	3	4	5	6	7
16. Minu füsioterapeut üritas mõista minu arvamust teraapia kohta enne, kui tegi ettepaneku muudatusteks	1	2	3	4	5	6	7
17. Minu füsioterapeut ei suhelnud minuga kenasti (lugupidavalt)	1	2	3	4	5	6	7
18. Minu füsioterapeut ei lähtunud minu huvidest	1	2	3	4	5	6	7
19. Minu füsioterapeut aitas mul teraapiatunnis tehtavates (sooritatavates) harjutustes paraneda	1	2	3	4	5	6	7
20. Kui füsioterapeut mind üle vaatas, tundsin ennast alaväärsena ja alandatuna	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma tundsin, et minu füsioterapeut tahab, et ma teeksin (sooritaksin) teraapiatunnis harjutusi hästi	1	2	3	4	5	6	7

<i>Füsioterapeudi käitumine teraapias</i>	Ei ole üldse nõus							Täiesti nõus
22. Minu füsioterapeut pani mind tundma, et ma olen suuteline teraapiatunnis tehtavaid harjutusi tegema	1	2	3	4	5	6	7	
23. Minu füsioterapeut tekitas minus abituse tunde	1	2	3	4	5	6	7	
24. Minu füsioterapeut respektis mind kui isiksust	1	2	3	4	5	6	7	
25. Ma ei usu, et füsioterapeut tegi alati seda, mis oli parim just mulle	1	2	3	4	5	6	7	
26. Minu füsioterapeut oli minuga suheldes sõbralik	1	2	3	4	5	6	7	

Järgnevalt soovime teada saada, kuidas hindate oma teraapiaprotsessi üldiselt. **Vastamiseks palun tõmmake ring ümber numbri, mis kõige enam Teie arvamust iseloomustab.**

<i>Rahulolu teraapiaprotsessiga</i>	Halb	Rahuldav	Hea	Väga hea	Suurepärane
1. Füsioterapeudi vastuvõtuprotseduuri (sh paberimajanduse) lihtsus/arusaadavus	1	2	3	4	5
2. Registratuuris vastuvõttu korraldavate inimeste abivalmidus ja taktitundelisus	1	2	3	4	5
3. Füsioterapeudi esimesele vastuvõtule saamise kiirus ja lihtsus	1	2	3	4	5
4. Füsioterapeudi võime panna Sind tundma hästi ja enesekindlalt	1	2	3	4	5
5. Füsioterapeudi selgitused teraapias toimuvast	1	2	3	4	5
6. Info kvaliteet, mis anti teraapia lõppedes (soovitused edaspidiseks tegevuseks)	1	2	3	4	5
7. Füüsiline turvatunne kogu teraapia ajal	1	2	3	4	5
8. Teraapia sobivus konkreetselt Sinu probleemile	1	2	3	4	5
9. Füüsiline ligipääs teraapiat pakkuvale raviasutusele (kaldtee olemasolu, liftid jm)	1	2	3	4	5

<i>Rahulolu teraapiaprotsessiga</i>	Halb	Rahuldav	Hea	Väga hea	Suurepärane
10. Infoviitade olemasolu ja nende selgus raviasutuses ja raviasutuse ümber	1	2	3	4	5
11. Teraapiaruumi mugavus / hubasus	1	2	3	4	5
12. Öhkkond teraapia ajal (rahulik; pingevaba; lõõgastav)	1	2	3	4	5
13. Sinu kogemus füsioteraapiaga üldiselt	1	2	3	4	5

14. Kas sa soovitaksid seda raviasutust ka oma lähikondlastele? (Palun tehke ring ümber numbri, mis iseloomustab Teie arvamust)

1	2	3	4	5
Kindlasti mitte	Võimalik, et mitte	Pole kindel	Jah, võimalik	Jah, kindlasti

Järgnevalt soovime teada saada Teie arvamust enda tegutsemise kohta teraapias oma füsioterapeudi juhendamisel raviasutuses olles. **Küsimustele vastamiseks palun tõmmake ring ümber numbri, mis kõige enam iseloomustab Teie arvamust.**

1. Kui palju pingutasite teraapias?

Minimaalne pingutus	1	2	3	4	5	Maksimaalne pingutus
----------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

2. Kui sageli täitsite füsioterapeudi instruktsioone ja võtsite arvesse soovitusi?

Mitte kordagi	1	2	3	4	5	Kogu aeg
----------------------	---	---	---	---	---	-----------------

3. Kui hästi kohanesite erinevatele muudatustele teraapias?

Ei kohanenud üldse	1	2	3	4	5	Kohanesin väga hästi
---------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------------

Järgneva blokiga soovime teada saada põhjuste ja motiivide kohta, **miks Te jätkate KODUS** olles füsioteraapiaga ehk oma füsioterapeudi poolt soovitatud raviharjutuste tegemist. **Küsimustele vastamiseks palun tõmmake ring ümber numbri, mis kõige enam iseloomustab Teie arvamust.**

<i>Motivatsioon teraapiaks KODUS</i>	<div> <div>Ei ole</div> <div>üldse nõus</div> <div>Täiesti</div> <div>nõus</div> </div>						
1. Sest tunnen, et soovin ise võtta vastutust oma tervise eest	1	2	3	4	5	6	7
2. Sest tunnen häbi või süüd, kui ma kodus füsioteraapiat ei teeks	1	2	3	4	5	6	7
3. Sest ma arvan, et füsioteraapiaga tegelemine kodus on parim asi mu tervisele	1	2	3	4	5	6	7
4. Sest teised oleksid pahased, kui ma ei teeks kodus füsioterapeudi antud harjutusi	1	2	3	4	5	6	7
5. Ma tõesti ei mõtle füsioteraapiaga tegelemisele kodus	1	2	3	4	5	6	7
6. Sest olen sellele tõsiselt mõelnud ja leian, et füsioteraapiaga tegelemine kodus on minu jaoks väga oluline	1	2	3	4	5	6	7
7. Sest tunneksin ennast emotsionaalselt halvasti, kui ma kodus füsioteraapiaga ei tegeleks	1	2	3	4	5	6	7
8. Sest füsioteraapiaga tegelemine kodus on mulle tõeliselt oluline otsus	1	2	3	4	5	6	7
9. Sest tunnen teiste survet füsioteraapiaga tegeleda kodus	1	2	3	4	5	6	7
10. Sest kergem on teha, mida füsioterapeut käskis, kui et ise mõelda, mida peaksin tegema	1	2	3	4	5	6	7
11. Sest füsioteraapiaga tegelemine kodus toetab minu eesmärkide saavutamist	1	2	3	4	5	6	7
12. Sest soovin teiste heakskiitu	1	2	3	4	5	6	7
13. Sest minu jaoks on oluline olla võimalikult terve	1	2	3	4	5	6	7

Motivatsioon teraapiaks KODUS	<div> <div>Ei ole</div> <div>üldse nõus</div> <div>Täiesti</div> <div>nõus</div> </div>						
14. Sest tahan, et teised näeksid, et saan iseseisvalt füsioteraapiaga tegelemisega kodus hakkama	1	2	3	4	5	6	7
15. Ma tõesti ei tea, miks ma peaksin jätkama füsioteraapiaga kodus	1	2	3	4	5	6	7

Järneva blokiga soovime teada saada, millised on Teie hoiakud ja kavatsus jätkata teraapiaharjutuste tegemist **KODUS järgneva viie nädala jooksul**. Küsimustele vastamiseks palun tõmmake ring ümber numbri, mis iseloomustab kõige enam Teie arvamust.

Kavatsused jätkata teraapiat KODUS	<div> <div>Ei ole</div> <div>üldse nõus</div> <div>Täiesti</div> <div>nõus</div> </div>						
1. Ma kavatsen sooritada oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7
2. Enamus minu jaoks olulised inimesed (nt pere liikmed, sõbrad) arvavad, et ma peaksin sooritama oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7
3. Ma tunnen täielikku kontrolli enda üle sooritamaks oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7
4. Ma püüan pingutada, et sooritada oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7
5. Enamus minu tuttavatest kiidaksid heaks, et ma sooritan oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7

Kavatsused jätkata teraapiat KODUS	Ei ole üldse nõus							Täiesti nõus
6. Ma tunnen enesekindlust, et olen võimeline sooritama oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7	
7. Ma sooritan kindlasti oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7	
8. Ma tunnen, et suudan sooritada oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutusi kodus järgmise viie nädala jooksul	1	2	3	4	5	6	7	

9. Minu jaoks on oma füsioterapeudi poolt soovitatud taastusraviharjutuste sooritamine kodus järgmise viie nädala jooksul ... (Palun tehke märke ühte kasti igas allolevas reas)

	Äärmiselt	Väga	Üsna	Neutraalne	Üsna	Väga	Äärmiselt	
Tähtsusetu								Tähtis
Mõttetu								Mõttekas
Kahjulik								Kasulik
Vastumeelne								Vastuvõetav
Halb								Hea

Täname vastamise eest!

Lisa 4. Tunnuste omavahelised korrelatiivsed seosed

Tabel 4. Tunnuste omavahelised korrelatiivsed seosed

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1.Toetav käitumine	1	-0,18	0,46**	0,38*	0,49**	0,25	0,49**	0,17	0,49**	0,59**	0,37*
2.Ohustav käitumine		1	0,01	0,20	-0,23	0,52**	-0,43**	0,36*	-0,30	-0,51**	-0,26
3.Autonoomsuse vajadus			1	0,48**	0,16	0,22	0,16	0,27	0,17	0,33*	0,16
4.Kompetentsuse vajadus				1	0,51**	0,52**	0,11	0,46**	0,03	0,27	-0,02
5.Autonoomne motivatsioon ravisutuses					1	0,38*	0,64**	0,34*	0,32	0,58**	0,20
6.Kontrollitud motivatsioon ravisutuses						1	0,13	0,83**	0,01	0	-0,09
7.Autonoomne motivatsioon kodus							1	0,12	0,46**	0,63**	0,31
8.Kontrollitud motivatsioon kodus								1	-0,19	-0,02	-0,21
9.Rahulolu kättesaadavusega									1	0,77**	0,86**
10.Rahulolu füsioteraapiaga										1	0,74**
11.Rahulolu keskkonnaga											1

** olulisuse nivool $p < 0,01$; * olulisuse nivool $p < 0,05$

AUTORI LIHTLITSENTS TÖÖ AVALDAMISEKS

Mina, Maigi Kõrbe (03.02.1991)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Patsientide psühholoogiliste põhivajaduste, motivatsiooni ning rahulolu seosed füsioterapeudi käitumise tajumisega“, mille juhendajad on Kadri Pill ja Andre Koka,

1.1 reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. Olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 20.05.2015